

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Direito

Programa de Pós-Graduação em Direito

Ana Helena German Drumond

**TRATAMENTO DA PEDOFILIA PARA UM COMBATE EFICIENTE
AOS CRIMES SEXUAIS CONTRA VULNERÁVEIS: possibilidades,
implantação, exemplos concretos e propostas**

Belo Horizonte

2022

Ana Helena German Drumond

**TRATAMENTO DA PEDOFILIA PARA UM COMBATE EFICIENTE
AOS CRIMES SEXUAIS CONTRA VULNERÁVEIS: possibilidades,
implantação, exemplos concretos e propostas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito (versão final).

Orientador: Prof. Dr. Túlio Lima Vianna

Belo Horizonte

2022

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Junio Martins Lourenço - CRB-6/3167.

D795t Tratamento da pedofilia para um combate eficiente
aos crimes contra vulneráveis [manuscrito]: possibilidades,
implantação, exemplos concretos e propostas / Ana Helena
German Drumond.-- 2022.

158 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Direito.

Bibliografia: f. 146-158.

1. Direito penal - Teses. 2. Pedofilia. 3. Psicoterapia
- Teses. 4. Fármacos - Teses. I. Vianna, Túlio Lima - 1976-.
II. Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Direito.
III. Título.

CDU: 343.62



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

UFMG

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA ANA HELENA GERMAN DRUMOND

Realizou-se, no dia 22 de agosto de 2022, às 14:00 horas, Faculdade de Direito da UFMG, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *TRATAMENTO DA PEDOFILIA PARA UM COMBATE EFICIENTE AOS CRIMES SEXUAIS CONTRA VULNERÁVEIS: POSSIBILIDADES, IMPLANTAÇÃO, EXEMPLOS CONCRETOS E PROPOSTAS*, apresentada por ANA HELENA GERMAN DRUMOND, número de registro 2020652158, graduada no curso de DIREITO/NOTURNO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em DIREITO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). TULIO LIMA VIANNA - Orientador (UFMG), Prof(a). RENATO CÉSAR CARDOSO (UFMG), Prof(a). Julio Cesar Faria Zini (UFMG).

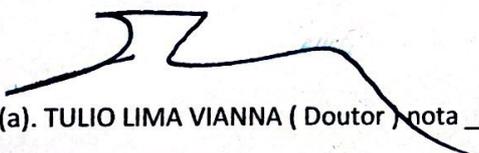
A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada, tendo obtido a nota 100.

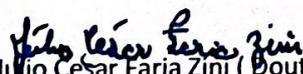
Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 22 de agosto de 2022.


Prof(a). TULIO LIMA VIANNA (Doutor) nota 100.


Prof(a). RENATO CÉSAR CARDOSO (Doutor) nota 100.


Prof(a). Julio Cesar Faria Zini (Doutor) nota 100.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar minha dissertação de mestrado, concluindo, assim, esta importante etapa da minha vida acadêmica e profissional, recebi sucessivas congratulações. Não há dúvida de que o esforço que culminou na produção deste trabalho – as pesquisas, as leituras, o processo de escrita – foi, de fato, de minha integral autoria e responsabilidade. O que aqueles que me parabenizam não veem, contudo, é que a mestranda que se debruçou sobre os livros e virou noites escrevendo foi, em cada passo desta árdua caminhada, sustentada por pilares que merecem iguais congratulações.

O primeiro pilar é Nossa Senhora Aparecida, de quem sou fiel devota e que me mantém permanentemente sob seu poderoso manto de acolhimento e proteção. Obrigada, Mãezinha, por guiar todos os meus passos e iluminar minhas escolhas, abrindo as portas pelas quais devo passar e fechando as que não me servem.

O segundo pilar é a minha família, do seio da qual tirei forças para me manter de pé nos momentos em que o peso sobre meus ombros parecia insustentável. À minha mãe, agradeço pelo apoio incondicional, pela torcida incessante, pelas palavras de motivação nos momentos de desânimo, pelas orações diárias e, é claro, pelo amor e cuidado infinitos. Ao meu marido, meu grande amor e melhor amigo, agradeço pelo companheirismo e cumplicidade ímpares, por embarcar comigo em todos os caminhos pelos quais decido me aventurar, por me incentivar a alçar voos cada vez mais altos e acreditar verdadeiramente na minha capacidade de chegar ao topo. À Fofy e ao Keno, agradeço por tornarem esta jornada mais leve e por me proporcionarem conforto e alegria mesmo nos momentos mais desafiadores. Ao meu pai, minha madrasta, minhas irmãs, avós, tios e primos, agradeço pelas palavras de encorajamento, pelos exemplos positivos e pela crença inabalável no meu sucesso.

O terceiro pilar são os meus amigos – de infância, do Colégio Santo Agostinho, do Bernoulli, da UFMG, do CEFET e da vida –, que, além de confiarem plenamente na minha capacidade de concluir com êxito a missão de me tornar mestra em Direito, me proporcionaram incontáveis momentos felizes que contribuíram para que este percurso fosse mais agradável.

O quarto pilar, por fim, é composto pela Faculdade de Direito da UFMG e por seu corpo docente, que me forneceram todas as ferramentas necessárias para desenvolver minha pesquisa e que me agradeceram com valiosas dicas e orientações. Agradeço, em especial, ao Prof. Dr. Túlio Vianna, que me acompanha desde os tempos de graduação e me orientou com paciência e solicitude ao longo destes dois anos e meio.

Nesse trabalho consta o nome de apenas uma autora, mas cada página traz consigo a energia, o amor e a força de muitas outras pessoas. A todas elas, minha eterna gratidão.

À Ana Beatriz, ao
Guilherme, à Fofy e ao Keno, por
serem os pilares que me
sustentaram ao longo desta árdua
caminhada.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo sinalizar a importância da implantação de políticas de tratamento para pedófilos, capacitando-os para que eles consigam controlar seus impulsos sexuais e não se tornem criminosos. Para tanto, nos quatro capítulos que compõem a dissertação, são apresentados os aspectos técnicos da pedofilia, endossando a diferença entre os pedófilos e os criminosos sexuais; o estigma da pedofilia e sua relação com a escassez de políticas de tratamento do transtorno é analisado; são avaliados os principais métodos de tratamento da parafilia utilizados atualmente no mundo; e, por fim, expostos e analisados exemplos concretos de programas de tratamento da pedofilia já implantados ao redor do mundo. Ao final, conclui-se que, até o momento, não existe qualquer programa ou projeto vigente que possa ser considerado ideal e que, em que pese a pedofilia ser um tema frequentemente estudado, ainda há carência de estudos confiáveis que permitam a segura elaboração de um protocolo de tratamento comprovadamente eficaz. É possível, contudo, traçar algumas importantes considerações e diretrizes para orientar a idealização de tal protocolo: (i) a demanda de portadores da pedofilia por auxílio profissional é real e a ampla divulgação dos programas, por meio de diversos veículos de mídia, é um meio eficaz de alcançar o público-alvo; (ii) o programa de tratamento deve ser de adesão voluntária e o acesso a ele deve ser amplo e gratuito; (iii) o tratamento, além de ser confidencial, deve consistir em psicoterapia – preferencialmente em grupo – aliada ao uso de fármacos, de acordo com as necessidades individuais de cada paciente; (iv) os profissionais atuantes no programa devem manter registros pormenorizados e atualizados sobre os sintomas da pedofilia experimentados pelos pacientes ao longo do tratamento, de molde a permitir a aferição da eficácia dos métodos utilizados e a eventual necessidade de adaptações.

Palavras-chave: Crimes Sexuais. Pedofilia. Prevenção. Tratamento.

ABSTRACT

This work aims at establishing the importance of implementing treatment policies for pedophiles, enabling them to control their sexual impulses and not become criminals. Therefore, in the four chapters that compose this dissertation, the technical aspects of pedophilia are presented, endorsing the difference between pedophiles and sex offenders. The stigma of pedophilia and its relationship with the scarcity of policies for the treatment of the disorder is analyzed, and the main methods of treatment of this paraphilia currently used in the world are evaluated. Subsequently and at last, concrete examples of pedophilia treatment programs already implemented around the world are described and analyzed. As a conclusion, this work points out that, so far, there is no current program or project in the world that can be considered ideal. Despite pedophilia being a frequently studied topic, there is still a lack of reliable studies that allow the safe development of a treatment protocol with proven efficacy. However, it is possible to outline some important considerations and guidelines to the elaboration of such a protocol: (i) the demand of professional assistance by people with pedophilia is real and the wide dissemination of the programs, through various media vehicles, is an effective means of reaching the target audience; (ii) the treatment program must be voluntary and access must be broad and free; (iii) the treatment, in addition to being confidential, must consist of psychotherapy – preferably in groups – combined with the use of medication, according to the individual needs of each patient; (iv) professionals working in the program must keep detailed and up-to-date records of the pedophilia symptoms experienced by patients during treatment, thus allowing the assessment of the effectiveness of the methods used and the eventual need for adaptations.

Keywords: Sexual Crimes. Pedophilia. Prevention. Treatment.

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2 DESMISTIFICANDO A PEDOFILIA: O PRIMEIRO PASSO RUMO AO TRATAMENTO EFICAZ DO TRANSTORNO..... | 15 |
| 2.1 O que é a pedofilia | 18 |
| 2.2 Perfil psicológico e comportamental do pedófilo | 24 |
| 2.3 Diagnóstico clínico da pedofilia | 25 |
| 2.4 Categorias de pedófilos..... | 31 |
| 2.5 Etiologia da pedofilia | 35 |
| 2.6 Outras patologias e condições associadas à pedofilia | 40 |
| 2.7 Epidemiologia da pedofilia..... | 41 |
| 3 O ESTIGMA DA PEDOFILIA E A NECESSIDADE DE SUA SUPERACÃO PARA A PREVENÇÃO EFETIVA DOS CRIMES SEXUAIS CONTRA MENORES.. | 45 |
| 3.1 O que é estigma | 46 |
| 3.2 A pedofilia como estigma e o pedófilo enquanto ameaça a ser neutralizada | 49 |
| 3.3 A necessidade de superação do estigma da pedofilia..... | 54 |
| 3.4 Pela oferta de tratamento preventivo voluntário para a pedofilia em detrimento do tratamento compulsório a título de pena..... | 61 |
| 4 TRATAMENTO DA PEDOFILIA COMO MEIO DE PREVENÇÃO: ABORDAGENS E PROTOCOLOS ATUAIS..... | 71 |
| 4.1 Abordagens de ordem biológica | 75 |
| 4.1.1 <i>Orquiectomia.....</i> | <i>75</i> |
| 4.1.2 <i>Tratamento farmacológico</i> | <i>78</i> |
| 4.2 Abordagens de ordem psicológica | 96 |
| 5 EXEMPLOS CONCRETOS DE FERRAMENTAS DE TRATAMENTO | 109 |
| 5.1 Alemanha..... | 109 |
| 5.1.1 <i>Projeto de prevenção Dunkelfeld</i> | <i>110</i> |
| 5.1.2 <i>Divulgação do projeto: alcançando o público-alvo</i> | <i>115</i> |
| 5.1.3 <i>Resultados obtidos.....</i> | <i>116</i> |

| | |
|---------------------------------------|------------|
| 5.2 Estados Unidos | 121 |
| 5.2.1 B4U ACT | 124 |
| 5.2.2 Virtuous pedophiles..... | 129 |
| 5.3 Reino Unido | 132 |
| 5.3.1 Stop SO | 134 |
| 5.4 Brasil..... | 136 |
| 5.4.1 ABSex | 137 |
| CONCLUSÃO | 141 |
| REFERÊNCIAS | 147 |

1 INTRODUÇÃO

“Tome cuidado, não fale com estranhos, não aceite nada deles e jamais os siga a qualquer lugar”. É comum que pais e responsáveis por crianças e pré-adolescentes os instruem de tal forma por receio de que os menores sejam abordados por um pedófilo, conduzidos a um local ermo e, na sequência, submetidos às mais invasivas e agressivas práticas sexuais. Imaginar a ação de alguém contra a dignidade sexual de uma criança ou pré-adolescente provoca – além dos sentimentos de perturbação e indignação – repulsa e raiva direcionadas ao agente, bem como o ímpeto de proteger as pessoas vulneráveis de situações dessa natureza, assegurando que sua inocência permaneça intocada.

Com o intuito de potencializar essa proteção, reformas na legislação penal são efetuadas periodicamente, investimentos são feitos na conscientização de crianças e pré-adolescentes acerca dos cuidados que devem ser tomados para que não se tornem vítimas e, frequentemente, pessoas defendem medidas como a pena de morte e a prisão em caráter perpétuo para eliminar ou, ao menos, isolar da sociedade todos aqueles que representem um risco à integridade sexual dos mais jovens.

É necessário, contudo, diante deste cenário, fazer uma reflexão: essas abordagens são realmente eficazes para combater a prática de crimes sexuais contra crianças e pré-adolescentes? Essas abordagens estão sendo capazes de derrubar os números de delitos dessa natureza da forma desejada? De acordo com a UNICEF e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, no período compreendido entre 2017 e 2020, 62.000 (sessenta e duas mil) crianças de até 10 (dez) anos de idade foram vítimas do crime de estupro de vulnerável. Ainda de acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, em 2018 o Brasil bateu o recorde de violência sexual, registrando 66.000 (sessenta e seis mil) vítimas de estupro, sendo a maioria delas (53,8%) meninas de até 13 (treze) anos de idade.

Esses números revelam que a forma como a questão da violência sexual contra crianças e adolescentes tem sido abordada até o momento, bem como os meios utilizados para coibir as práticas sexuais delitivas contra essa população, são insuficientes e ineficazes. Para que seja possível, então, obter êxito na missão de derrubar a quantidade de impúberes e pré-púberes que são vítimas de infrações sexuais, faz-se necessário repensar as estratégias utilizadas para tanto, abrindo espaço para métodos novos que apresentem maior potencial de alcançar os fins visados.

Esse processo, contudo, é complexo e depende da prévia compreensão de diversos aspectos que guardam relação direta com os crimes sexuais contra crianças e pré-adolescentes e, portanto, com a escolha das melhores estratégias para coibir sua ocorrência.

Nesse sentido, o primeiro passo consiste em identificar os autores de tais delitos e conhecer sua motivação. Diferentemente do que comumente se acredita, “pedofilia” não é um termo utilizado para designar os crimes sexuais contra impúberes e pré-púberes, mas sim uma condição clínica, ou seja, um transtorno mental reconhecido pela medicina que, embora represente um fator de risco para o cometimento de delitos dessa natureza, com eles não se confunde. Ou seja, nem todo indivíduo que pratica tais crimes sexuais pode ser considerado pedófilo, assim como nem todo indivíduo clinicamente considerado pedófilo chega a atentar contra a dignidade sexual de menores.

Não se pode afirmar, portanto, que todas as pessoas que incorrem nessas práticas delitivas são iguais e atuam com os mesmos motivos, podendo, assim, ser contidas por meio dos mesmos métodos. A partir disso, e considerando que o diagnóstico de pedofilia é um fator de risco especialmente forte – que potencializa não somente o cometimento de um delito sexual pela primeira vez como também favorece a reincidência –, é válido que o foco do presente trabalho recaia especificamente sobre a pedofilia e como ela poderia ser tratada para que fossem reduzidas as chances de um pedófilo ultrapassar a fronteira que separa o transtorno mental da criminalidade.

Antes de qualquer coisa, faz-se necessário conhecer a pedofilia, identificando seus aspectos técnicos de forma a consolidar a compreensão de que é possível ser portador do transtorno sem exteriorizar a inclinação sexual atípica, ou seja, sem concretizar as fantasias e desejos pedofílicos. O primeiro capítulo do presente trabalho, portanto, é dedicado à exposição de dados sobre essa parafilia que sejam capazes de proporcionar a base de conhecimento necessária para adoção de uma política de tratamento para a pedofilia que seja adequada e eficiente.

Isso, no entanto, não é suficiente. Um programa de tratamento que tenha o efetivo potencial de manter os impulsos pedofílicos sob controle depende não somente do conhecimento que se tem acerca da pedofilia, mas também, em grande parte, da receptividade da sociedade em geral e da própria população de pedófilos. Nesse sentido, o estigma que a pedofilia representa apresenta-se como um grande óbice ao êxito de programas dessa natureza. Tendo isso em vista, o segundo capítulo do presente trabalho abordará a questão do estigma da pedofilia, bem como seus reflexos sobre a coletividade e sobre a população de pedófilos, endossando a necessidade de sua superação para que as abordagens terapêuticas eleitas possam cumprir os objetivos a que se destinam.

Ainda no segundo capítulo, serão feitas considerações acerca dos moldes em que o tratamento para a pedofilia deve ser disponibilizado para que ele não se torne mais uma

ferramenta inútil no combate aos crimes sexuais contra crianças e pré-adolescentes. Também com o escopo de idealizar a melhor abordagem de tratamento, o terceiro capítulo traz as principais opções conhecidas e utilizadas de métodos de terapia, cada qual com suas respectivas bases científicas.

Na sequência, no quarto capítulo, serão expostos alguns exemplos de projetos e programas implantados em diversos países e destinados ao controle da pedofilia e à prevenção de crimes sexuais. Objetiva-se, com isso, demonstrar que ofertar tratamento para a pedofilia não é algo utópico, mas sim uma medida possível, viável e, sobretudo, necessária. Todavia, são mencionadas as críticas existentes e os aspectos que necessitam de melhoria em relação a cada um dos programas e projetos, devendo tais considerações servir para fomentar as discussões acerca da melhor política a ser adotada e suas características e diretrizes.

Por fim, considerando todo o conteúdo exposto nos capítulos anteriores, serão elaboradas algumas propostas relativas ao tratamento da pedofilia de forma a orientar a oportuna elaboração de políticas públicas concretas a serem implantadas no Brasil. Espera-se que o conteúdo trazido na presente dissertação contribua para conscientizar a população sobre a importância da ampla oferta de tratamento da parafilia para uma proteção efetiva da dignidade sexual das crianças e pré-adolescentes, e, assim, estimule a adoção, no plano prático, de medidas destinadas a possibilitar que pedófilos sejam capazes de manter seus desejos no plano interno, de modo a não representar um risco aos impúberes e pré-púberes ao seu redor.

2 DESMISTIFICANDO A PEDOFILIA: O PRIMEIRO PASSO RUMO AO TRATAMENTO EFICAZ DO TRANSTORNO

No dia 04 de maio de 2021, o portal de notícias G1 divulgou notícia intitulada *Homem troca mensagens e imagens de cunho sexual com menina de 11 anos de Osvaldo Cruz e acaba preso por pedofilia*. Em 08 de março do mesmo ano, o Jornal de Brasília divulgou em sua página eletrônica: *Homem é preso por cometer pedofilia em chamada de vídeo no WhatsApp*. Ainda, em 06 de novembro de 2020, a Radioagência Nacional publicou: *Preso por pedofilia no RJ compartilhou 18 mil arquivos em 3 meses*. Essas são apenas algumas manchetes e notícias, em meio a incontáveis outras, que atribuíram a prisão de indivíduos à prática do “crime de pedofilia”.

A existência dessas manchetes e notícias e a frequência com que aparecem na mídia revelam o profundo desconhecimento das pessoas acerca do que seja, de fato, a pedofilia, bem como quão enraizada está, na sociedade contemporânea, a associação entre a pedofilia e a prática de crimes sexuais. Nota-se, com efeito, que a prática de qualquer conduta de natureza sexual em face de crianças e pré-adolescentes é, equivocadamente, denominada “pedofilia”, não obstante exista um grande hiato entre a sua real definição e as práticas criminosas que lhe são associadas.

Percebe-se, nesse sentido, que o legislador penal, com sua nítida preocupação com a proteção dos menores, cuidou de criminalizar diversos comportamentos que poderiam colocar em risco sua incolumidade sexual, tais como praticar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos (artigo 217-A do *Código Penal*); induzir menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem (artigo 218 do *Código Penal*); satisfazer lascívia própria ou de outrem mediante presença de criança ou adolescente (artigo 218-A do *Código Penal*); favorecer a prostituição ou exploração sexual de criança ou adolescente (artigo 218-B do *Código Penal*); produzir, comercializar, disponibilizar ou possuir conteúdo pornográfico envolvendo criança ou adolescente (artigo 240 e seguintes do *Estatuto da Criança e do Adolescente*); e aliciar, assediar, instigar ou constranger, por qualquer meio de comunicação, criança, com o fim de com ela praticar ato libidinoso (artigo 241-D do *Estatuto da Criança e do Adolescente*). Não obstante, não se verifica qualquer menção, nesses tipos penais, ao termo “pedofilia”.

Isso porque, conforme esclarecem Ryan Hall e Richard Hall (2007, p. 457), “pedofilia é um diagnóstico clínico geralmente fornecido por um psiquiatra ou psicólogo. Não é um termo

criminal ou jurídico”.¹ Tampouco se trata de um termo apenas coloquial ou popular que abarca todos os tipos penais mencionados.

A pedofilia é uma condição geralmente identificada por profissionais da área da saúde a partir da percepção de determinados sintomas, enquanto, na contramão, os crimes são constituídos por meras condutas que podem ser praticadas por qualquer indivíduo, independentemente de ser ou não ser portador da condição denominada pedofilia.

Nesse sentido, Herbert Rodrigues (2014, p. 52), defende que “pedófilos, molestadores de crianças e pedófilos que molestam crianças, devem ser entendidos como grupos separados, porque o simples diagnóstico de pedofilia implica numa série de equívocos tanto médicos como jurídicos”.

Do mesmo modo, Danilo Antônio Baltieri (2013, p. 122) aduz que “deve ser realizada rigorosa distinção entre pessoas com desvio sexual crônico e indivíduos com padrão normal de comportamento sexual, mas que manifestaram conduta sexualmente ofensiva de forma impulsiva ou ‘oportunistica’”.

A distinção entre a pedofilia, enquanto diagnóstico, e os crimes sexuais cometidos contra crianças e pré-adolescentes, então, longe de ser uma diferenciação meramente formal, é de singular importância para que sejam coibidas as perigosas consequências de se considerar que todo indivíduo que pratica um delito dessa natureza é um pedófilo e que todo pedófilo necessariamente praticará, em algum momento de sua existência, um ilícito sexual.

Como sintetiza Baltieri (2013, p. 124):

nem todo molestador de crianças é pedófilo e, da mesma forma, nem todo portador de pedofilia é molestador de crianças. Por exemplo, alguns indivíduos que sexualmente abusam de crianças podem, oportunisticamente, selecionar menores para o ato sexual, simplesmente porque estes estão disponíveis em um determinado momento e determinada situação. De outro lado, o indivíduo com diagnóstico médico de pedofilia pode manifestar fantasias sexuais intensas e recorrentes envolvendo crianças e púberes, mas jamais concretizar as fantasias.

O perigo da primeira premissa (todo indivíduo que pratica um crime sexual contra uma criança é um pedófilo) consiste em reduzir todas as possíveis causas da prática de delitos sexuais contra crianças e pré-adolescentes à pedofilia, desconsiderando, assim, todos os demais fatores não relacionados a esse diagnóstico, que também podem conduzir ao cometimento de infrações dessa natureza.

¹ “Pedophilia is a clinical diagnosis usually made by a psychiatrist or psychologist. It is not a criminal or legal term [...]”.

Nesse sentido, Laura Lowenkron (2010, p. 24), ao discorrer sobre “a polêmica do nome ‘pedofilia’”, aponta que sua utilização como sinônimo de “violência sexual contra crianças”, sob a perspectiva dos direitos humanos, é inadequada na medida em que “associa as causas do ‘problema’ a uma patologia ou perversão sexual de determinados indivíduos ao invés de levar em conta as dimensões sociais e culturais do fenômeno”.

Na mesma esteira, a psicóloga clínica Débora Vanessa Xavier Monteiro (2012) afirma que, com o emprego do termo “pedofilia” como sinônimo de “abuso sexual” ou do ato de molestar uma criança, o verdadeiro significado do nome acaba por se perder, o que, por sua vez, potencializa conclusões equivocadas a respeito da inclusão ou não de indivíduos na categoria de pedófilos.

Na realidade, alguns dos chamados “molestadores de crianças” sequer agem impulsionados pelo desejo ou inclinação sexual por impúberes, mas por fatores que não guardam relação direta com a pedofilia, como o alcoolismo, o consumo de drogas, transtornos de ordem mental, fanatismo religioso e problemas com possessividade e agressividade (FURNISS, 1993; THOMAS *et al.*, 1997).

Corroborando a ausência de relação necessária entre a pedofilia e a prática de crimes sexuais contra crianças e pré-adolescentes, Michael Seto (2008) leciona que existem muitos molestadores sexuais contra menores que praticam suas condutas por razões diversas da pedofilia, como tendências antissociais gerais, exacerbado desejo sexual ou desinibição decorrente do uso de álcool ou drogas.

Diferentemente, pois, do que comumente se pensa e se divulga frequentemente por meio dos veículos de comunicação, os casos de estupro de vulnerável e outros crimes análogos não podem ser automaticamente associados à pedofilia, sendo imprescindível a realização de uma avaliação individualizada do autor para que seja possível aferir as verdadeiras razões que motivaram sua ação e se elas incluem, ou não, tal diagnóstico.

A segunda premissa, no sentido de que todo pedófilo é ou será um criminoso, por sua vez, é também problemática na medida em que ignora qualquer possibilidade de o pedófilo ser capaz de ocultar seus desejos e não externalizar seus anseios sexuais, o que repercute diretamente na receptividade à adoção de medidas preventivas que visem, justamente, o controle, pelos pedófilos, de seus impulsos. Afinal, se não é possível ser portador da pedofilia sem cometer um delito sexual, não há razão para que sejam feitos investimentos em políticas públicas que tenham esse fim.

Na contramão dessa comum presunção, tem-se que a presença de um diagnóstico de pedofilia não depende da existência de uma manifestação externa, ou seja, de um crime sexual.

Nesse sentido, Michael Seto (2008), ao dissertar sobre as diferentes possibilidades de abordagem para o estudo da pedofilia e seus respectivos efeitos, expõe a possibilidade de se direcionar a pesquisa para grupos de homens que cometeram crimes sexuais contra crianças, para grupos de pedófilos clinicamente identificados ou para grupos de pedófilos autoidentificados, sendo que alguns dos integrantes dessas últimas duas categorias podem jamais ter tido qualquer contato de natureza sexual com uma criança.

A importância de se compreender e aceitar que a pedofilia não é uma condição que necessariamente leva o seu portador a incorrer em práticas criminosas reside não somente na coibição da estigmatização do pedófilo enquanto criminoso necessário, mas, sobretudo, na criação de um terreno fértil para a idealização e implantação de métodos de tratamento que possam prevenir a transposição da fronteira entre o diagnóstico e a criminalidade.

A partir do momento em que se aceita a possibilidade de o pedófilo ser capaz de controlar seus anseios sexuais e não ceder aos seus impulsos violadores da dignidade sexual de menores, é possível e necessário refletir e pesquisar sobre o que possibilita esse controle e quais são as abordagens que podem potencializá-lo, bem como a forma mais viável e eficaz de aplicá-las na prática.

É preciso, todavia, aceitar que o caminho a ser percorrido até a elaboração de uma política preventiva realmente possível, que não permaneça somente no plano das ideias, é longo e árduo. O primeiro passo, porém, como não poderia deixar de ser, consiste em conhecer e compreender os aspectos técnicos da pedofilia, ou seja, entender no que ela efetivamente consiste, quais as formas que ela pode assumir e quais são suas causas e manifestações.

2.1 O que é a pedofilia

O termo “pedofilia” é derivado das palavras gregas *philia* e *pedeiktos*, que correspondem, respectivamente, a “amor” e “crianças pequenas”. O nome “pedofilia”, portanto, designa o “amor pelas crianças”, e adquiriu caráter sexual a partir da menção à *paedophilia erotica* por Richard von Krafft-Ebing, em sua obra *Psychopathia Sexualis* (SETO, 2008).

No estudo, a *paedophilia erotica* é classificada como uma psicopatologia e se caracteriza pelo interesse sexual e comportamento sexual voltado a crianças, sendo o conceito, até os dias atuais, considerado um marco no estudo e na compreensão da pedofilia (RODRIGUES, 2014).

Em que pese a importância da definição cunhada por Richard von Krafft-Ebing presente até os dias atuais, o conceito acabou se tornando insuficiente, na medida em que a pesquisa

contínua acerca dessa condição revelou novos aspectos e critérios diagnósticos desconsiderados à época.

Tem-se, nesse sentido, que o entendimento do que seja, de fato, a pedofilia, depende, inicialmente, da compreensão, ainda que superficial, do que seja uma parafilia, gênero do qual a pedofilia é espécie.

Referenciando a 4ª edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, o Dicionário de Psicologia da Associação Americana de Psicologia (American Psychological Association – APA) define “parafilia” como sendo “qualquer um de um grupo de transtornos nos quais fantasias ou comportamentos incomuns ou bizarros são necessários para a excitação sexual. As fantasias ou atos persistem por um período de pelo menos 6 meses e podem assumir várias formas”.² Ressalta-se, todavia, que a 5ª edição do Manual condicionou o reconhecimento de um transtorno parafilico à experimentação de sofrimento ou prejuízo por seu portador ou à ocorrência de prejuízo ou risco de prejuízo a terceiros em decorrência de práticas relacionadas à parafilia.

A 5ª edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, portanto, inaugura a diferenciação entre a parafilia e o transtorno parafilico, sendo que, enquanto a parafilia corresponde à existência de uma inclinação sexual atípica, seu enquadramento como transtorno depende da verificação de um sofrimento ou risco decorrente dessa inclinação.

Essa distinção foi levada em consideração na 11ª versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), fornecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de acordo com a qual os transtornos parafilicos

são caracterizados por padrões persistentes e intensos de excitação sexual atípica, manifestados por pensamentos, fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais, cujo foco envolve outras pessoas cuja idade ou status os torna indispostos ou incapazes de consentir e nos quais a pessoa agiu ou pela qual ele ou ela está profundamente angustiado. Os distúrbios parafilicos podem incluir padrões de excitação envolvendo comportamentos solitários ou indivíduos consentindo apenas quando estes estão associados a um sofrimento acentuado que não é simplesmente resultado da rejeição ou medo da rejeição do padrão de excitação por outros ou com risco significativo de lesão ou morte (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022, s.p.).³

2 “Any of a group of disorders in which unusual or bizarre fantasies or behavior are necessary for sexual excitement. The fantasies or acts persist over a period of at least 6 months and may take several forms”.

3 “[...] are characterised by persistent and intense patterns of atypical sexual arousal, manifested by sexual thoughts, fantasies, urges, or behaviours, the focus of which involves others whose age or status renders them unwilling or unable to consent and on which the person has acted or by which he or she is markedly distressed. Paraphilic disorders may include arousal patterns involving solitary behaviours or consenting individuals only when these are associated with marked distress that is not simply a result of rejection or feared rejection of the arousal pattern by others or with significant risk of injury or death”.

Essa distinção entre parafilia e transtorno parafilico, naturalmente, aplica-se a todas as formas de inclinação sexual abarcadas pelo grupo das parafilias, inclusive a pedofilia, que pode ser distinguida do transtorno pedofílico pelos mesmos critérios que distinguem a parafilia do transtorno parafilico.

Como sintetiza Herbert Rodrigues (2014, p. 51),

O DSM-V não modificou os critérios de diagnóstico de pedofilia, já descritos anteriormente, no DSM-IV-TR, apenas a terminologia foi alterada de “pedofilia” para “transtorno pedofílico” com o objetivo de manter coerência com os outros transtornos da lista. Portanto, não houve reformulação no modo de classificar e de diagnosticar a pedofilia, mas alteração sutil para diferenciar o transtorno da patologia.

Para os fins da presente pesquisa, a distinção entre a pedofilia, propriamente dita, e o transtorno pedofílico se revela especialmente útil, uma vez que são os portadores do transtorno – que estão experimentando algum tipo de sofrimento em virtude de sua inclinação sexual por crianças e/ou correndo o maior risco de sofrer ou provocar um prejuízo grave em virtude dessa inclinação – que mais podem ser beneficiados pela participação em um programa de tratamento preventivo e melhor adeririam às abordagens propostas.

Todavia, considerando que a aludida diferenciação teve origem na 5ª edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, publicada somente em 2013, há uma significativa quantidade de textos e pesquisas anteriores a essa data que se referem à pedofilia de modo genérico, sem levar em consideração a atual distinção.

Diante disso, para que o presente estudo não reste prejudicado pela limitação ao uso de bibliografia posterior a 2013, as nomenclaturas “pedofilia” e “transtorno pedofílico” serão utilizadas como sinônimos.

Assim, no que tange ao gênero em que se enquadra a pedofilia ou o transtorno pedofílico, Michael Seto (2008) leciona que as parafilias podem ser divididas em duas categorias: uma que envolve alvos atípicos e uma que envolve atividades atípicas. No primeiro caso, o objeto dos pensamentos, fantasias e desejos do indivíduo é outro que não seres humanos sexualmente maduros, enquanto no segundo caso o indivíduo geralmente se sente sexualmente atraído por seres humanos maduros, mas seus pensamentos, fantasias e desejos são voltados a práticas atípicas.

A partir dessa distinção, pode-se inserir a pedofilia na primeira classificação das parafilias, uma vez que o objeto de desejo dos pedófilos consiste, precisamente, em indivíduos impúberes ou pre-púberes, que ainda não atingiram a maturidade sexual.

Nesse sentido, a definição de pedofilia fornecida pelo Dicionário de Psicologia da Associação Americana de Psicologia (American Psychological Association – APA) consiste em “uma parafilia em que atos ou fantasias sexuais envolvendo crianças pré-púberes são o método persistentemente preferido ou exclusivo de atingir a excitação sexual”.⁴

Nos casos de inclinação sexual exclusiva por impúberes ou pré-púberes, o pedófilo apresenta “forte interesse sexual em crianças que não mostram sinais de desenvolvimento sexual secundário e não tem interesse sexual em adultos sexualmente maduros” (SETO, 2008, p. 4).⁵

A atração sexual por impúberes ou pré-púberes, no entanto, não se confunde com o interesse sexual por bebês ou por adolescentes que já apresentam sinais de desenvolvimento secundário, muito embora não se saiba ao certo se tais inclinações correspondem a meras variantes da pedofilia ou a parafilias distintas (SETO, 2008).

Nessa esteira, de acordo com Ryan Hall e Richard Hall (2007), o interesse sexual por jovens de treze a dezesseis anos de idade é denominado hebofilia (*hebophilia*), enquanto a atração sexual por menores de cinco anos de idade – por eles entendida como uma subcategoria da pedofilia – é chamada de infantofilia (*infantophilia*).

Não obstante a redução do conceito de pedofilia ao interesse sexual em crianças seja frequente e não seja incorreta, observa-se que, na realidade, atribuir um diagnóstico de pedofilia a um indivíduo envolve a análise de outros aspectos além do desejo sexual propriamente dito.

Com efeito, a 5ª edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* traz uma definição mais completa da condição, dotada de elementos objetivos cujo preenchimento depende o diagnóstico. Ademais, em consonância com a diferenciação entre parafilia e transtorno parafilico trazida pela primeira vez nesta 5ª edição, o *Manual* conceitua não a pedofilia, mas o transtorno pedofilico, que pode ser identificado quando o indivíduo apresenta

por um período de pelo menos 6 meses, fantasias sexualmente intensas recorrentes, impulsos sexuais ou comportamentos envolvendo atividade sexual com uma criança ou crianças pré-púberes (geralmente com 13 anos ou menos). As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras funções importantes. A pessoa possui pelo menos 16 anos e é pelo menos 5 anos mais velha do que a criança ou crianças (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2013, s.p.).

⁴ “[...] a paraphilia in which sexual acts or fantasies involving prepubertal children are the persistently preferred or exclusive method of achieving sexual excitement”.

⁵ “a strong sexual interest in children who show no signs of secondary sexual development and has no sexual interest in sexually mature adults”.

É válido registrar, todavia, que nem sempre foram essas as diretrizes trazidas no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* em relação à pedofilia (agora transtorno pedofílico), tendo havido, ao longo de suas edições, significativas mudanças na forma de definir e orientar o diagnóstico (RODRIGUES, 2014).

Observa-se, nesse sentido, que as edições I, de 1952, e II, de 1968, do Manual foram fortemente influenciadas pela psicanálise, razão pela qual os “desvios sexuais” não foram tratados de forma autônoma, mas incluídos nos transtornos de personalidade. Posteriormente, em 1980, a edição III do Manual, de forma inédita, passou a prever a pedofilia como objeto de classificação e diagnóstico, e em 1987 passou por uma revisão que separou os sinais e sintomas da pedofilia dos critérios que autorizam o diagnóstico (RODRIGUES, 2014).

A respeito do DSM-III e de sua ulterior revisão, que culminou na edição DSM-III-R, Blanchard *et al.* (2010, s.p.) explanam que

O DSM-III tinha apenas um critério diagnóstico chave, o Critério A, que dizia respeito aos sinais e sintomas de pedofilia. Do DSM-III-R em diante, houve dois critérios diagnósticos principais. O critério A ainda dizia respeito a sinais e sintomas. O critério B dizia respeito a angústia e prejuízo. Ambos os critérios tiveram que ser satisfeitos para diagnosticar o transtorno de pedofilia.⁶

Assim, após a revisão, a prática de atos sexuais envolvendo crianças, antes incluída no Critério A como um sintoma da pedofilia, foi deslocada para o Critério B, segundo o qual o portador deve ter agido de acordo com os sinais e sintomas elencados no Critério A ou deve estar experimentando alguma espécie de transtorno psíquico em virtude deles. Permaneceram no primeiro critério, como sinais da pedofilia, a presença de impulsos ou fantasias sexuais envolvendo crianças (BLANCHARD *et al.*, 2010).

Nota-se, assim, que a terceira edição revisada do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* representa um marco na importante diferenciação entre pedófilos e abusadores sexuais, uma vez que as práticas criminosas, antes consideradas um sintoma, passaram a ser consideradas apenas um dos possíveis efeitos da pedofilia. Segundo Blanchard *et al.* (2010, p. 305), “o papel dos atos sexuais foi alterado de sinalizar que a pedofilia está presente para sinalizar que é clinicamente significativa”.⁷

⁶ “DSM-III had only one key diagnostic criterion, Criterion A, which concerned signs and symptoms of pedophilia. From DSM-III-R onward, there have been two key diagnostic criteria. Criterion A still concerned signs and symptoms. Criterion B concerned distress and impairment. Both criteria had to be satisfied to diagnose the disorder of pedophilia”.

⁷ “[...] the role of sexual acts was changed from signaling that pedophilia is present to signaling that it is clinically significant”.

Com o advento do DSM-IV, todavia, a prática de atos sexuais com crianças foi novamente alocada no Critério A, muito embora não tenha sido retirada do Critério B, o que, de acordo com Blanchard *et al.* (2010, p. 305), significa que tais atos passaram a ser entendidos como “um dos sinais e sintomas de pedofilia que pode (ou não) resultar em sofrimento ou prejuízo”⁸.

A revisão da quarta edição do Manual, correspondente ao DSM-IV-TR, não sofreu modificações no Critério A, mas tão somente no Critério B, cujo teor retornou ao que preconizava o DSM-III-R. Assim, de acordo com o DSM-IV-TR, “atos sexuais indicam simultaneamente que a pedofilia está presente e que está causando problemas” (BLANCHARD *et al.*, 2010, p. 305).⁹

A quarta versão e a quarta versão revisada do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* foram alvo de diversas críticas tangentes ao conceito e aos critérios diagnósticos da pedofilia, tanto por sua suposta insuficiência, quanto por sua falta de confiabilidade e validade, demonstrada por alguns estudos empíricos (BLANCHARD *et al.*, 2010). E, muito embora o processo de elaboração do DSM-V tenha contado com a colaboração de críticos às versões anteriores, a última edição não foi imune a opiniões negativas.

Com efeito, Fred Berlin (2014) aponta que as disposições do DSM-V acerca da pedofilia são problemáticas na medida em que permitem que indivíduos que jamais cometeram qualquer ato sexual contra uma criança sejam inseridos na mesma categoria que aqueles que o fizeram, bem como autorizam presunções equivocadas acerca do risco de tais práticas se concretizarem. Ademais, o DSM-V classifica a pedofilia como uma espécie de orientação sexual, o que gerou críticas que levaram a um posicionamento no sentido da remoção da expressão “orientação sexual pedofílica” do Manual. De acordo com Berlin (2014), porém, proceder de tal forma seria um erro e a expressão é adequada e poderia, inclusive, auxiliar na compreensão da diferença entre o pedófilo e o molestador sexual. Por fim, Berlin (2014) defende que o DSM-V negligenciou a distinção entre a condição psiquiátrica consistente no transtorno pedofílico e suas possíveis implicações criminais.

No entanto, em que pese a existência de tais críticas, o presente trabalho não tem por objetivo investigar a fundo o conceito de pedofilia e de transtorno pedofílico, de modo a propor definições e critérios diagnósticos ideais. Assim, a menção às considerações negativas existentes é válida apenas para que se tenha conhecimento da complexidade das discussões

⁸ “[...] one of the signs and symptoms of pedophilia that might (or might not) result in distress or impairment”.

⁹ “[...] sexual acts simultaneously indicate that pedophilia is present and that it is causing problems”.

acerca dessa condição, mas deve-se, ao menos por ora, manter em mente o conceito de pedofilia trazido no DSM-V, atualmente vigente, e a importantíssima distinção entre cometer um crime sexual contra uma criança e ser portador do transtorno pedofílico.

2.2 Perfil psicológico e comportamental do pedófilo

Comumente, a imagem associada ao pedófilo é a de um senhor de meia-idade, introspectivo, que vive sozinho e possui vida social escassa ou pouco ativa e que passa boa parte do dia consumindo conteúdo pornográfico infantil, observando crianças em locais públicos ou abordando infantes vulneráveis com o intuito de submetê-las aos mais pervertidos atos sexuais. Algumas dessas características realmente integram o perfil psicológico e o comportamental do pedófilo, enquanto outras melhor se enquadram no perfil dos molestadores sexuais, que praticam seus crimes por razões diversas da pedofilia.

Com o intuito de aferir quais são os traços mais marcantes da personalidade dos pedófilos, Glenn Wilson e David Cox (1983) realizaram um estudo com os membros de um grupo de autoajuda para pedófilos denominado *Paedophile Information Exchange* (PIE), sediado em Londres, na Inglaterra.

A metodologia empregada consistiu na entrega, aos integrantes do grupo, de dois questionários, sendo um deles o chamado *Questionário de Personalidade de Eysenk* (EPQ) e, o outro, um questionário elaborado sob medida, denominado *Questionário de Pedófilo* (PQ), que abordava questões como histórico social e sexual e os sentimentos derivados da inclinação sexual por crianças.

A partir da entrega dos questionários por 77 (setenta e sete) indivíduos, Wilson e Cox (1983, p. 324) constataram, inicialmente, que “os pedófilos gravitam em torno de empregos que os colocam em contato com crianças, embora não necessariamente com o objetivo de explorar essas posições para fins sexuais diretos”.

Na sequência, ao proceder à análise dos resultados dos *Questionários de Personalidade de Eysenk* (EPQ) – que se presta a avaliar os aspectos psicoticismo (P), extroversão (E) e neuroticismo (N) da personalidade – Wilson e Cox (1983) observaram indicadores mais elevados de psicoticismo, introversão e neuroticismo que a média, mas a pontuação que mais se destacou foi a que revelou que os pedófilos são altamente introvertidos. Além da introversão, a ausência de habilidades sociais e de confiança também foram achados marcantes na personalidade dos pedófilos, assim como também o foi sua natureza mais submissa.

Os achados de Wilson e Cox (1983) são compatíveis com as considerações expostas por Ryan Hall e Richard Hall (2007, p. 462) acerca dos traços de personalidade dos pedófilos. De acordo com os pesquisadores, os portadores da parafilia comumente “experimentam sentimentos de inferioridade, isolamento ou solidão, baixa autoestima, disforia interna e imaturidade emocional”, além de encontrarem dificuldade em estabelecer relações com pessoas da mesma idade.

De modo semelhante, Kruger e Schiffer (2011, p. 1657), em um estudo que comparou um grupo de pedófilos a um grupo de controle, constataram que “os pedófilos alcançaram pontuações significativamente mais altas nas escalas de introversão social, ansiedade, conformação e timidez, bem como nas de depressão, suicídio, perda de interesse e tristeza”.¹⁰

É necessário ressaltar, todavia, que tais características, embora sejam comuns entre pedófilos e possam ser frequentemente identificadas entre os portadores da parafilia, não estão presentes na totalidade absoluta dos casos, podendo existir variações, seja em razão das diferentes espécies que o gênero “pedófilo” comporta, seja em razão de alguns traços de personalidade não serem facilmente identificáveis (HALL; HALL, 2007).

2.3 Diagnóstico clínico da pedofilia

Quando um indivíduo comete um crime sexual contra uma criança, é comum que pessoas leigas apressadamente o diagnostiquem como sendo um pedófilo em virtude do ato praticado. Não obstante, tendo em vista que a prática de atos libidinosos ou conjunção carnal com menores pode ser motivada por múltiplos fatores diversos da pedofilia, não se pode afirmar que tal comportamento seja um método de diagnóstico seguro e confiável.

Ademais, caso fosse necessário praticar o crime de estupro de vulnerável, previsto no artigo 217-A do Código Penal, para ser considerado pedófilo, diversos indivíduos que não incorreram em tais práticas, mas possuem inclinação sexual por crianças, ficariam privados de receber esse diagnóstico.

Assim, muito embora o cometimento de crimes contra a dignidade sexual possa, em alguns casos, evidenciar a presença da parafilia, é necessário recorrer a meios mais eficazes de se identificar a incidência da pedofilia.

Levando tais questões em consideração, Danilo Antônio Baltieri (2013) descreve quatro métodos de avaliação que podem ser utilizados para identificar e diagnosticar a pedofilia,

¹⁰ “[...] the pedophiles achieved significantly higher scores on the scales for social introversion, anxiety, conformation and diffidence, as well as on those for depression, suicidality, loss of interest, and sadness [...]”.

podendo também ser aplicados a outras parafilias: o autorrelato, o histórico de comportamento sexual, o procedimento de tempo de visualização e o exame de falometria.

O autorrelato, como a própria nomenclatura sugere, corresponde à expressão, pelo próprio indivíduo, dos sintomas e manifestações da parafilia que ele identifica em si mesmo, tais como pensamentos, fantasias, desejos e impulsos. Trata-se, claramente, do meio mais objetivo de realização do diagnóstico, embora, por depender da disposição do sujeito para relatar os próprios interesses e comportamentos sexuais, seja também o mais problemático, já que é comum que o portador da parafilia negue a própria condição por receio de se expor, de ser julgado, estigmatizado ou até mesmo criminalmente punido (BALTIERI, 2013).

Na mesma esteira, Tenbergen *et al.* (2015) descrevem que a melhor forma de se aferir a inclinação sexual do indivíduo seria a exploração clínica – uma espécie de autorrelato (KALMUS; BEECH, 2005) – com conferência de especial atenção ao conteúdo das fantasias, sobretudo durante a masturbação, uma vez que dele é possível extrair todos os detalhes acerca do(s) objeto(s) de desejo sexual da pessoa em estudo.

Tenbergen *et al.* (2015) endossam, nesse sentido, a relevância, no processo de investigação da inclinação sexual de uma pessoa, dos chamados “cinco estágios de Tanner”, que descrevem todo o processo de amadurecimento do corpo humano, desde a fase pré-púbere (correspondente ao estágio 1), até a fase adulta (correspondente ao estágio 5). Assim, estariam qualificados para receber um diagnóstico de pedofilia os indivíduos com inclinação sexual voltada a pessoas nas fases 1 e 2 (Blanchard, 2010 *apud* Tenbergen *et al.*, 2015), em que, respectivamente, há ausência completa de características sexuais secundárias e há o despontar do aparecimento de tais características, com o início do crescimento das mamas nas mulheres e dos testículos nos homens.

Na categoria do autorrelato também se enquadram, segundo Kalmus e Beech (2005), os métodos de classificação de cartões (*card sort*) e preenchimento de questionários, aos quais os indivíduos avaliados podem fornecer menos resistência para confessar inclinações sexuais atípicas do que a verificada durante a entrevista clínica.

No caso do primeiro método (*card sort*), diversos estímulos são dirigidos ao examinado, que, então, deve descrever quão atrativos ou excitantes são tais estímulos a partir de sua perspectiva. Por outro lado, os questionários podem ser elaborados e respondidos de formas diversas, como, por exemplo, a listagem de itens a serem marcados como verdadeiros ou falsos. Muito embora os resultados obtidos por meio da utilização desses métodos aparentem ser consistentes, a escassez de estudos que os investigam mais a fundo e a possibilidade de

manipulação voluntária dos resultados pelos participantes dos testes impõem cautela em sua utilização e interpretação (KALMUS; BEECH, 2005).

Ademais, Baltieri (2013) aponta que o grande obstáculo à utilização do autorrelato como método diagnóstico consiste em nem sempre ser possível contar com a cooperação total do examinado, sobretudo quando o sistema legal já está envolvido. Tenbergen *et al.* (2015), ao tratar do método de investigação clínica, fazem a mesma consideração, que também é aplicável aos métodos de *card sort* e questionário, muito embora, como apontaram Kalmus e Beech (2005), pareça haver menos resistência a esses últimos métodos que ao autorrelato direto das inclinações sexuais atípicas.

A análise do histórico do comportamento sexual do indivíduo, por outro lado, consiste na aferição da presença, ao longo de sua história, de certas condutas sexuais, dirigidas a pessoas com características específicas que favorecem a identificação da pedofilia. Nesse sentido, se constam no histórico do sujeito práticas sexuais com crianças de 11 (onze) anos de idade ou mais novas, práticas sexuais com mais de uma vítima diferente, com vítimas que não são a ele relacionadas e que são do sexo masculino, existem fortes indícios de que se trate de um pedófilo (BALTIERI, 2013).

Ainda no que tange ao comportamento do potencial portador da parafilia, Michael Seto e James Cantor (2006) conduziram um estudo com o objetivo de verificar se a existência de um histórico de contato com conteúdo pornográfico envolvendo crianças poderia ser considerado um indicador de pedofilia. Os resultados obtidos demonstraram que o consumo de pornografia infantil é um indicador não somente válido, mas forte, do diagnóstico de pedofilia.

Na realidade, os estudos demonstraram que o envolvimento com pornografia infantil é um indicador mais seguro do diagnóstico de pedofilia que a própria prática de atos libidinosos ou conjunção carnal com crianças, sobretudo porque tais atos podem ser cometidos por múltiplas razões diversas da pedofilia, enquanto o conteúdo pornográfico buscado e acessado geralmente reflete as verdadeiras inclinações sexuais do indivíduo (SETO; CANTOR, 2006). Tal constatação somente corrobora quão equivocado é classificar todos os que já praticaram o crime de estupro de vulnerável como pedófilos.

Por meio do procedimento do tempo de visualização, a seu turno, é mensurado o tempo pelo qual o indivíduo permanece observando imagens de adultos e crianças, de ambos os gêneros, integralmente ou parcialmente vestidos, que lhe são mostradas. Pedófilos tendem a passar mais tempo observando as imagens de crianças que as de adultos, sendo, ainda, possível complementar o procedimento questionando o examinado a respeito de como ele percebe e como ele se sente em relação a cada uma das imagens (BALTIERI, 2013). Nesse caso, o

procedimento de tempo de visualização parece ser mesclado ao procedimento de *card sort* descrito por Kalmus e Beech (2005).

Com o objetivo de aferir a eficácia do procedimento do tempo de visualização e avaliar a convergência de seus resultados com aqueles obtidos por meio de outros critérios de diagnóstico, Schmidt, Babchishin e Lehmann (2017) conduziram uma meta-análise cujos resultados apontaram para a validade do procedimento para verificar o interesse sexual por crianças e também para a sua utilidade enquanto critério complementar a outros métodos de diagnóstico.

Em defesa da utilização da técnica do tempo de visualização para o diagnóstico da pedofilia, Schmidt, Babchishin e Lehmann (2017, pp. 23-24) apontam que “a facilidade de implementação técnica e pontuação, bem como a facilidade das instruções” tornam o método “uma ferramenta altamente flexível para investigar todos os tipos de interesses sexuais atípicos e/ou parafilicos”. Os autores ressaltam, todavia, que seu êxito depende de os indivíduos avaliados não possuírem total ciência acerca do funcionamento dos meios de medição, uma vez que, nesse caso, poderiam falsear os resultados e prejudicar a validade do método.

O tempo de visualização dos estímulos estaria associado, ainda, ao processamento de informações, que também poderia ser influenciado pelas inclinações sexuais do indivíduo testado, na medida em que “o interesse sexual é potencialmente discernível pelo efeito do aumento da atenção para estímulos atrativos após a conclusão de tarefas simples de processamento de informações”.¹¹ A afirmação da validade e confiabilidade da avaliação do processamento de informações como forma de identificação de interesses sexuais, todavia, depende da realização de mais estudos (KALMUS; BEECH, 2005, p. 210).

Por fim, o exame de falometria, que não é utilizado no Brasil, mede, a partir do perímetro do órgão genital masculino, a resposta peniana a determinados estímulos, como a visualização de imagens de adultos, adolescentes e crianças (BALTIERI, 2013).

Conforme descreve Blanchard *et al.* (2001, p. 118),

O método falométrico é uma técnica psicofisiológica para avaliar interesses eróticos em adultos e adolescentes do sexo masculino. Nos testes falométricos para orientação de sexo e idade, o volume sanguíneo penil do indivíduo é monitorado enquanto ele é apresentado a um conjunto padronizado de estímulos laboratoriais que retratam crianças, pubescentes e adultos do sexo masculino e feminino. O aumento do volume sanguíneo do pênis do paciente (ou seja, graus de ereção peniana) é tomado como um índice de sua atração relativa por diferentes classes de pessoas.¹²

¹¹ “Sexual interest is potentially discernible by the effect of increased attention towards attractive stimuli, upon the completion of simple information processing tasks.”

¹² “The phallometric method is a psychophysiological technique for assessing erotic interests in male adults and adolescents. In phallometric tests for gender and age orientation, the individual’s penile blood volume is

Tenbergen *et al.* (2015, p. 4) ainda especificam que o exame de falometria pode ser realizado por meio de dois métodos distintos, sendo eles o circunferencial e o volumétrico. Enquanto o primeiro mede as mudanças intra-individuais na circunferência do pênis mediante a utilização de uma faixa de arame ajustada na base do membro, o segundo utiliza um tubo feito de vidro que é colocado ao redor do pênis a fim de aferir a saída de ar calibrada de acordo com o resultado da ereção. Deve-se ressaltar que o método volumétrico é sensível a pequenas mudanças, o que o torna útil na avaliação de homens pedófilos que tentam ocultar suas preferências sexuais.

No que tange à validade e eficácia do exame de falometria, Kurt e Watson (1991) avaliaram a especificidade (porcentagem de não-pedófilos corretamente identificados como não-pedófilos) e sensibilidade (porcentagem de pedófilos corretamente identificados como pedófilos) do teste falométrico no diagnóstico de pedofilia e descreveram que a especificidade encontrada variou entre 80.6% e 96.9% e a sensibilidade variou entre 88.6% e 78.2%.

Mais tarde, Blanchard *et al.* (2001), em um estudo destinado a aferir a sensibilidade e especificidade do teste falométrico para a pedofilia em agressores sexuais não-admitidos, concluíram que a especificidade do exame correspondeu a 96% e a sensibilidade correspondeu a 61%.

A partir da interpretação de tais resultados, seria possível considerar o teste de falometria um método de confiabilidade satisfatória e um importante aliado no processo de diagnóstico da pedofilia. É necessário ter em mente, todavia, que os resultados obtidos no exame não podem ser considerados infalíveis e suficientes por si sós para proceder à correta identificação da parafilia, existindo diversos elementos e circunstâncias com o poder de afetar os resultados obtidos, potencializando conclusões equivocadas.

Com efeito, conforme elucidam Kalmus e Beech (2005), nem sempre a presunção de que a resposta peniana indica excitação sexual e a excitação sexual indica desejo sexual é verdadeira, uma vez que nem sempre a excitação fisiológica e a biológica se encontram sincronizadas. É possível, portanto, que, devido a casos de ereção involuntária, impotência e excitação peniana reflexa, as respostas aos estímulos não correspondam verdadeiramente às inclinações sexuais aparentes.

monitored while he is presented with a standardized set of laboratory stimuli depicting male and female children, pubescents, and adults. The patient's penile blood volume increases (*i.e.*, degrees of penile erection) are taken as an index of his relative attraction to different classes of persons".

Ademais, Kalmus e Beech (2005) apontam que as formas de estímulo utilizadas no exame podem interferir diretamente nos resultados obtidos e que o tratamento conferido aos examinados que apresentam resposta peniana de baixa intensidade pode comprometer a validade do teste falométrico. Além disso, eles também alertam sobre a possibilidade de o examinado voluntariamente suprimir ou provocar reações aos estímulos, ou seja, “fingir” não sentir excitação pelo que na realidade sente ou o contrário. Fatores ambientais e ansiedade também são elementos apontados como responsáveis por afetar a resposta peniana aos estímulos apresentados, induzindo conclusões falsas acerca da inclinação sexual dos examinados.

Considerando todos esses aspectos, Kalmus e Beech (2005) questionam a validade e a confiabilidade do teste falométrico, questionando, conseqüentemente, sua utilidade clínica. A significativa imprecisão discriminativa, a pouca padronização entre os estudos realizados e a baixa confiabilidade do teste-reteste foram fatores decisivos para tal conclusão.

Na mesma esteira, Baltieri (2013, p. 129) aduz que o exame de falometria tem sua validade prejudicada “devido à heterogeneidade na utilização desse método em diferentes regiões do mundo”.

Apesar de todos os problemas que concernem ao exame de falometria circunferencial e ao exame de falometria volumétrico, outras formas de aferir fisiologicamente os interesses e inclinações sexuais ainda não foram suficientemente estudadas. Há, todavia, alguns procedimentos que eventualmente são utilizados em conjunto com o teste de falometria (KALMUS; BEECH, 2005).

A utilização de termistores para medir a alteração da temperatura do pênis e da virilha; a medição do volume sanguíneo da superfície fotoelétrica influenciado pelo aumento do fluxo sanguíneo direcionado ao pênis durante a excitação; a medição da resposta galvânica da pele; a avaliação da resposta da pupila a estímulos; e a medição encefalográfica dos efeitos neurológicos que surgem antecipadamente quando os examinados sabem que receberão um estímulo visual envolvendo sua inclinação sexual também foram empregadas como forma de identificar interesses, desejos e inclinações sexuais. Não obstante, a escassez de pesquisas sobre tais procedimentos, a existência de falhas metodológicas em alguns dos poucos estudos realizados e o levantamento de questões éticas relacionadas à parte dessas abordagens impõem cautela em sua utilização e interpretação de resultados.

Diante de tais questões, percebe-se que, na realidade, em que pese a variedade de métodos que podem ser utilizados para identificar um pedófilo, nenhum deles é infalível e isento de problemas e críticas. Faz-se necessário reconhecer, portanto, que não há uma fórmula

objetiva aplicável a quaisquer casos que seja capaz de fornecer uma conclusão acerca da inclinação sexual de um indivíduo que não comporte dúvidas.

Tendo isso em vista, a utilização combinada de diferentes critérios, quando possível, pode ser interessante para aumentar o grau de confiabilidade do resultado alcançado, reduzindo as chances de um diagnóstico de pedofilia equivocado.

2.4 Categorias de pedófilos

Uma vez identificado que determinado indivíduo apresenta interesse sexual em impúberes e pré-púberes, bem como preenche os demais requisitos elencados na última edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5), é possível concluir que ele está apto a receber o diagnóstico de pedofilia. Isso não significa, todavia, que todos os casos em que o diagnóstico for cabível serão idênticos, uma vez que o gênero “pedofilia” comporta subdivisões de acordo com as características específicas do objeto de desejo e com o comportamento apresentado pelo pedófilo.

Assim, de acordo com as características do alvo de interesse, tem-se que os pedófilos podem ser classificados como exclusivos, quando sentem atração sexual exclusivamente por crianças, ou não exclusivos, quando se sentem tão atraídos por adultos quanto se sentem por crianças (HALL; HALL, 2007).

Também é possível diferenciar os pedófilos a partir do gênero das crianças pelas quais se sentem atraídos, ou seja, pela sua orientação sexual, sendo que os pedófilos homens que se interessam exclusivamente por meninos são classificados como homossexuais, os pedófilos homens que se interessam exclusivamente por meninas são classificados como heterossexuais e os pedófilos homens que se sentem atraídos por crianças de ambos os gêneros são considerados bissexuais (HALL; HALL, 2007).

Ainda no que tange às características dos alvos de desejo (ou das vítimas, quando se está a considerar pedófilos que já cometeram crimes sexuais contra menores), é possível diferenciá-los entre pertencentes ou não-pertencentes à família do pedófilo (HALL; HALL, 2007). Não obstante, esse modo de classificação parece ser mais útil e melhor corresponder aos casos em que o pedófilo praticou crimes sexuais contra crianças que aos casos em que a inclinação sexual por impúberes e pré-púberes existe, mas não foi externalizada. Passa-se, então, à divisão dos pedófilos em espécies de acordo com o comportamento apresentado.

Na esfera do comportamento, a primeira subdivisão que pode ser efetuada é a que corresponde à classificação dos pedófilos como sendo ofensores ou não-ofensores.

Não obstante a tendência das pessoas em geral, ao ouvir o termo “pedófilo”, seja imaginar um indivíduo praticando alguma conduta de natureza sexual contra uma criança ou pré-adolescente, essa ideia corresponde somente ao pedófilo ofensor, excluindo o pedófilo não-ofensor.

Com efeito, diferentemente dos pedófilos ofensores – que, impulsionados por sua atração sexual por impúberes e pré-púberes, submetem menores à prática de atos libidinosos ou de conjunção carnal, ou, ainda, envolvem-se no processo de produção, armazenamento ou disseminação de conteúdo pornográfico infantil – os pedófilos não-ofensores “são uma população única de indivíduos que possuem interesse sexual em crianças, mas, apesar das comuns percepções equivocadas, não tiveram contato sexual com uma criança, tampouco acessaram material ilegal fruto de exploração sexual infantil” (CANTOR; MCPHAIL, 2016, p. 3).¹³

O pedófilo não-ofensor, portanto, embora se sinta sexualmente atraído por crianças, não exterioriza essa atração, ou seja, não se comporta de modo que seus desejos produzam qualquer efeito no plano externo. O pedófilo ofensor, por outro lado, pode manifestar seus impulsos e anseios pedofílicos de formas diversas, o que permite que ele seja enquadrado em categorias distintas de acordo com o *modus operandi* utilizado e de acordo com seus próprios traços de personalidade.

Nesse sentido, de acordo com os pesquisadores do Núcleo de Psiquiatria e Psicologia Forense do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, vinculado à Faculdade de Medicina da USP, e Casoy (2009), escritora e pesquisadora sobre crimes seriais, é possível classificar os pedófilos ofensores em (a) pedófilo abusador e (b) pedófilo molestatador, podendo esse último, ainda, ser classificado como (b.1) molestatador situacional – categoria que, por sua vez, se subdivide em (b.1.1) molestatador situacional regredido, (b.1.2) molestatador situacional inescrupuloso e (b.1.3) molestatador situacional inadequado – e (b.2) molestatador preferencial – categoria que, a seu turno, se subdivide em (b.2.1) pedófilo molestatador preferencial sedutor, (b.2.2) pedófilo molestatador preferencial sádico e (b.2.3) pedófilo molestatador preferencial introvertido.

O pedófilo abusador se caracteriza por ser imaturo, solitário e carente de habilidades sociais, o que favorece o envolvimento cada vez mais profundo na pedofilia. Os atos pedofílicos por ele praticados geralmente são discretos e não violentos, sendo comum a utilização de

¹³ “Non-offending pedophiles are a unique population of individuals who experience sexual interest in children, but despite common misperceptions, have neither had sexual contact with a child nor have accessed illegal child sexual exploitation material”.

material pornográfico infantil. O perfil do pedófilo abusador se contrapõe ao do pedófilo molestatador, que costuma agir de forma mais invasiva e violenta (SERAFIM *et al.*, 2009).

A categoria dos pedófilos molestatadores pode, ainda, ser subdividida em duas categorias: a de pedófilos molestatadores situacionais, também denominados pseudopedófilos, e a de pedófilos molestatadores preferenciais.

Os pseudopedófilos, na realidade, não poderiam ser considerados pedófilos *stricto sensu*, uma vez que as circunstâncias que o levam a dirigir um comportamento sexual à criança se deve mais a fatores como vulnerabilidade e possibilidade de manter os atos em sigilo do que à condição de impúbere ou pré-púbere propriamente dita. Entre as características mais comuns encontradas entre os molestatadores situacionais estão a menor capacidade intelectual, o pertencimento a classes socioeconômicas mais baixas, o oportunismo e a impulsividade. Ademais, sua conduta sexual é regida preponderantemente pela excitação e pelo desejo e sentimentos como poder e raiva (SERAFIM *et al.*, 2009).

A categoria dos pedófilos molestatadores situacionais comporta, ainda, três perfis distintos: o regredido – que dirige seu comportamento sexual não somente a crianças, mas a quaisquer pessoas em situação de vulnerabilidade –, o inescrupuloso – que tem por hábito manipular as pessoas e fazer delas meros meios para alcançar seus interesses, não sendo a criança seu alvo principal, mas apenas mais um alvo dentre diversos outros – e o inadequado – que geralmente tem preferência pela prática de atos libidinosos diversos da conjunção carnal e podem apresentar alguma espécie de transtorno mental que prejudique seu entendimento acerca da ilicitude de sua conduta (SERAFIM *et al.*, 2009).

Quanto aos molestatadores preferenciais, tem-se que a criança é o foco de seu interesse e de seu comportamento sexual, sendo esse último caracterizado por ser persistente, compulsivo e completamente dependente de suas fantasias pedofílicas, cujo objeto principal pode ser uma vítima específica, um relacionamento específico ou um cenário específico. O comportamento do molestatador preferencial se caracteriza, ainda, por ser extremamente violento, não raramente culminando na morte da vítima. Entre os elementos mais marcantes da personalidade dos molestatadores preferenciais estão a sedução, o sadismo, a introversão, a inteligência superior à média e o pertencimento a classes sociais mais elevadas (SERAFIM *et al.*, 2009).

Assim como a categoria dos pedófilos molestatadores situacionais, a classe dos pedófilos molestatadores preferenciais também admite três perfis distintos: o sedutor – que gradualmente se aproxima da criança para cortejá-la e criar uma relação de intimidade, buscando minimizar sua resistência às práticas sexuais –, o sádico – cuja fonte de prazer reside não somente no ato libidinoso ou conjunção carnal propriamente ditos, mas na violência empregada para tanto – e

o introvertido – que devido à sua carência de habilidades sociais acaba por selecionar vítimas e *modus operandi* em que não seja necessário empregá-las (SERAFIM *et al.*, 2009).

A classificação elaborada por Serafim e demais pesquisadores é, embora mais complexa, semelhante à classificação proposta por Sanderson (2005) e descrita pela psicóloga Débora Vanessa Xavier Monteiro (2012): os pedófilos podem ser divididos em predadores e não-predadores, que se distinguem pela natureza de sua ação. Enquanto os pedófilos predadores, que são minoria, agem de forma sádica e violenta, não atribuindo qualquer importância ao consentimento e frequentemente recorrendo ao rapto de suas vítimas, os pedófilos não-predadores, que são maioria, geralmente são conhecidos das crianças e dos membros da comunidade que integram.

A categoria de pedófilos não-predadores se subdivide, ainda, em pedófilos regressivos e compulsivos, sendo que, enquanto os regressivos são levados à prática de um ato sexual com um menor quando são submetidos a forte estresse, os compulsivos fantasiam permanentemente sobre crianças e têm dificuldade em compreender a gravidade e censurabilidade de seu comportamento (SANDERSON, 2005).

Todas essas formas de classificação, porém, relacionam-se a comportamentos praticados por pedófilos que, no *Código Penal Brasileiro*, enquadrariam-se no tipo penal de estupro de vulnerável. Entretanto, é possível incluir em diferentes grupos, de acordo com a conduta apresentada, os pedófilos que não cometeram crimes diretamente contra a dignidade sexual de menores, mas se utilizam da internet com propósitos pedofílicos.

Nessa esteira, de acordo com Ryan e Richard Hall (2007, p. 460), os pedófilos ativos na internet podem ser subdivididos em:

(1) os perseguidores, que tentam obter acesso físico às crianças; (2) os cruzadores, que usam a Internet para prazer sexual recíproco direto sem contato físico (por exemplo, salas de bate-papo); (3) os masturbadores, que usam a Internet para uma gratificação mais passiva (ver pornografia infantil); (4) os *networkers* ou *swappers*, que se comunicam com outros pedófilos e trocam informações, pornografia e crianças; e (5) uma combinação dos 4 tipos anteriores.¹⁴

Considerando, pois, a multiplicidade de categorias em que os pedófilos podem ser enquadrados, o ideal é que o diagnóstico de pedofilia seja, sempre que possível, imediatamente procedido do enquadramento do indivíduo na categoria mais adequada. Isso possibilita a

¹⁴ “(1) the stalkers, who try to gain physical access to children; (2) the cruisers, who use the Internet for direct reciprocated sexual pleasure without physical contact (eg, chat rooms); (3) the masturbators, who use the Internet for more passive gratification (viewing child pornography); (4) the networkers or swappers, who communicate with other pedophiles and trade information, pornography, and children; and (5) a combination of the previous 4 types”.

compreensão mais profunda da natureza das implicações da parafilia sobre seu portador e potencializa a avaliação das melhores abordagens a serem utilizadas para coibir comportamentos indesejados.

2.5 Etiologia da pedofilia

Em que pese a existência de múltiplos estudos e pesquisas acerca das origens da pedofilia e dos fatores responsáveis por sua manifestação, ainda não há, na ciência, um consenso acerca de quais são as causas da ocorrência da parafilia. Não obstante, foram elaboradas múltiplas teorias explicativas da etiologia do transtorno de inclinação sexual que, na realidade, aparenta ser multifatorial.

Nesse sentido, de acordo com Giancarlo Spizzirri (2010), pesquisador do Programa de Estudos em Sexualidade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a condição pedofilia está associada a alterações neurológicas, hormonais e psicodinâmicas às quais sua origem pode ser atribuída.

As alterações neurológicas são as que mais chamam a atenção, seja em razão da multiplicidade de estudos científicos corroborando a relação entre anormalidades no cérebro e a incidência da parafilia, seja em razão de suas implicações: se a pedofilia pode ser associada, ao menos em alguma medida, a uma estrutura cerebral atípica, então deve ser rechaçada qualquer justificativa para a marginalização e extermínio dos portadores da parafilia que seja baseada na ideia de que eles são inerentemente maus e perversos e de que sua crueldade é a explicação de sua inclinação sexual. Isso abre espaço para a necessária aceitação de que a oferta de um tratamento preventivo é a melhor forma de evitar manifestações externas da pedofilia, que podem provocar danos irreparáveis na vida de crianças e pré-adolescentes.

Tendo isso em vista, merecem destaque as considerações de Spizzirri (2010, p. 43), que afirma que foram observadas, entre pedófilos, a “diminuição considerável do volume e da massa cinzenta da amígdala direita, do hipotálamo bilateral, das regiões septais, da substância *innominata* e do núcleo da estria terminal”, bem como a “diminuição do volume da massa cinzenta do núcleo estriado ventral (estendendo-se ao núcleo *accumbens*), do córtex orbitofrontal e do cerebelo”. Além disso, existem indicativos de que a pedofilia seria fruto de uma desconexão parcial da rede que conecta as regiões corticais da resposta ao estímulo sexual.

Em suas considerações acerca da etiologia da pedofilia, o autor e mestre em medicina ainda referencia a verificação de reações cerebrais atípicas a diferentes formas de estimulação,

sobretudo a estimulação erótica visual. No entanto, essas alterações aparentam ser mais uma forma de diagnosticar a pedofilia do que de explicar sua ocorrência.

Corroborando a associação entre a pedofilia e alterações neurológicas, Blanchard *et al.* (2003) sugerem que danos cerebrais sofridos durante o período de desenvolvimento neurológico podem estar relacionados a um posterior diagnóstico de pedofilia, uma vez que a pesquisa por eles realizada evidenciou que pedófilos relatam ter sofrido traumas na cabeça antes dos 13 (treze) anos de idade com maior frequência com que não-pedófilos, mas não relatam traumas depois dos 13 (treze) anos de idade com maior frequência que os não-pedófilos.

Também como indicativo da existência de uma relação estreita entre a parafilia e a estrutura e funcionamento do cérebro humano estão os surpreendentes casos, relatados por Mendez *et al.* (2000), de pedofilia homossexual tardia associados a condições médicas que afetaram o lobo temporal.

O primeiro caso relatado concerne a um homem de 60 (sessenta) anos de idade, canhoto, ex-professor universitário, que perseguiu, abordou e tentou molestar crianças depois de apresentar uma mudança brusca de personalidade e um declínio de memória nos 04 (quatro) anos anteriores. Ele foi submetido a exames neurológicos, sendo que

A imagem por ressonância magnética (MRI) do cérebro não revelou anormalidades. A tomografia por emissão de pósitrons com 18-fluorodeoxiglicose (FDG-PET), entretanto, mostrou uma área proeminente de hipometabolismo focal na região temporal inferior direita, com hipometabolismo mais sutil no lobo temporal esquerdo. O paciente preencheu os critérios de Lund e Manchester para demência fronto-temporal (FTD), com uma mudança de personalidade caracterizada como um declínio progressivo na consciência social e pessoal e mudanças comportamentais refletindo diminuição do julgamento e comportamento compulsivo (MENDEZ *et al.*, 2000, p. 70).¹⁵

De acordo com Mendez *et al.* (2000, p. 72), com o início do tratamento medicamentoso e intensificação da supervisão do paciente, houve “uma melhora comportamental significativa, incluindo uma diminuição de seu interesse sexual por crianças”.

O segundo caso, a seu turno, refere-se a um homem de 67 (sessenta e sete) anos de idade, destro, artista, que passou 18 (dezoito) meses preso após molestar um menino de 14 (catorze) anos de idade. Durante 02 (dois) ou mais anos anteriores, ele apresentou interesse e

¹⁵ “Magnetic resonance imaging (MRI) of the brain did not disclose abnormalities. 18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography (FDG-PET) imaging, however, showed a prominent area of focal hypometabolism in the right inferior temporal region, with subtler hypometabolism in the left temporal lobe. The patient met Lund and Manchester criteria for fronto-temporal dementia (FTD), with a personality change characterized as a progressive decline in social and personal awareness and behavioral changes reflecting decreased judgment and compulsive behavior”.

comportamento sexual exacerbados, paralelamente a uma severa dificuldade de memória e a um quadro de depressão. Ele também foi submetido a exames laboratoriais cujos resultados se revelaram anormais:

Os exames laboratoriais revelaram várias anormalidades. Um eletrocardiograma mostrou complexos ectópicos prematuros ocasionais. A ressonância magnética de cabeça revelou aumento da intensidade do sinal e perda de volume nos lobos temporais mesiais ao longo das formações hipocampais, consistente com esclerose hipocampal bilateral. O paciente fez PET em série durante o período de 3 anos, que mostrou uma área estável de metabolismo diminuído no lobo temporal direito (MENDEZ *et al.*, 2000, p. 72).¹⁶

De acordo com os pesquisadores, tratamento medicamentoso e supervisão cuidadosa também foram capazes de proporcionar melhora no comportamento do paciente.

Em síntese, em ambos os casos os pacientes foram diagnosticados como pedófilos e seus exames neurológicos revelaram hipometabolismo do lobo temporal direito, ainda que devido a problemas cerebrais distintos, sendo o primeiro a demência frontotemporal e, o segundo, a esclerose hipocampal (MENDEZ *et al.*, 2000).

Deve-se ressaltar, todavia, que “uma orientação para a pedofilia já estava presente em uma idade mais jovem”, sendo que ambos os pacientes molestaram os próprios filhos 30 (trinta) a 35 (trinta e cinco) anos antes, o que sugere que “um aumento na sexualidade devido à doença do lobo temporal provavelmente desmascarou a pedofilia latente nesses dois pacientes” (MENDEZ *et al.*, 2000, p. 74).

Os dois casos relatados por Mendez *et al.* (2000), portanto, diferem do caso de pedofilia tardia adquirida relatado por Burns e Swerdlow (2003). Os pesquisadores narram que um homem de 40 (quarenta) anos de idade, destro, com histórico de saúde mental perfeitamente normal, passou a desenvolver um interesse crescente em material pornográfico, inclusive pornografia infantil, bem como passou a apresentar comportamento sexual mais exacerbado. Apesar de ter consciência de que seu comportamento era inadequado, ele relatou que não era capaz de agir de acordo com essa consciência e chegou a abusar sexualmente de sua enteada, crime pelo qual foi condenado. No centro de reabilitação para o qual foi enviado, ele solicitou favores sexuais aos funcionários e clientes, comportamento que desencadeou seu encarceramento em uma unidade prisional comum.

¹⁶ “Laboratory tests revealed several abnormalities. An electrocardiogram showed occasional premature ectopic complexes. MRI of the head disclosed increased signal intensity and volume loss in the mesial temporal lobes along the hippocampal formations, consistent with bilateral hippocampal sclerosis. The patient had serial PET scans over the 3-year period, which showed a stable area of decreased metabolism in the right temporal lobe”.

Não obstante, antes de ser efetivamente preso, ele apresentou sintomas como dor de cabeça e problemas de equilíbrio que o levaram a se submeter a exames neurológicos que revelaram a existência de “uma massa na fossa anterior da base do crânio que deslocou o lobo orbitofrontal direito” (BURNS; SWERDLOW, 2003, p. 438).¹⁷

Com a remoção do tumor, diversos sintomas que o paciente havia apresentado anteriormente desapareceram, inclusive o interesse sexual por crianças, tendo sido possível seu retorno para casa uma vez que ele não mais representava um perigo à sua enteada.

Algum tempo depois, porém, ele voltou a apresentar fortes dores de cabeça e voltou a colecionar material pornográfico, tendo sido constatado que o tumor outrora removido estava novamente em processo de crescimento. Com uma nova ressecção, os sintomas desenvolvidos desapareceram outra vez.

De acordo com Burns e Swerdlow (2003), o paciente preencheu todos os requisitos elencados no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV) para a pedofilia e todas as manifestações da parafilia se resolveram com a remoção do hemangiopericitoma orbitofrontal direito, o que evidencia a relação de causalidade entre a inclinação sexual e a condição médica.

Nota-se, portanto, que são fartos os estudos e as ideias que relacionam a origem da pedofilia a anormalidades presentes no cérebro e, muito embora não seja, até o momento, possível atribuir o surgimento da parafilia a uma condição neurológica específica, a realização de pesquisas que buscam esmiuçar essa relação aparenta ser o caminho para tanto.

A importância da conexão entre a pedofilia e aspectos neurológicos, todavia, não retira a importância das relações que também foram estabelecidas entre a parafilia e os fatores de ordem hormonal. De acordo com Spizzirri (2010), é possível verificar o excesso de hormônio luteinizante em pedófilos, bem como níveis mais elevados de testosterona.

Todavia, em pesquisas conduzidas por Studer e Aylwin, a testosterona foi relacionada à gravidade do crime sexual e à probabilidade de reincidência de pessoas que já cometeram crimes sexuais contra crianças (STUDER; AYLWIN, 2006), o que impõe cautela na associação desses resultados à pedofilia. Os níveis de testosterona foram associados apenas à prática de delitos de natureza sexual contra infantes, que nem sempre podem ser atribuídas a um diagnóstico de pedofilia. Parece, portanto, haver uma indevida confusão entre pedófilos e molestadores sexuais.

¹⁷ “[...] an enhancing anterior fossa skull base mass that displaced the right orbitofrontal lobe”.

O mesmo se pode dizer em relação à prolactina. Studer e Aylwin (2006) realizaram um estudo com 528 (quinhentos e vinte e oito) criminosos sexuais, dentre eles pedófilos, detectando maiores quantidades de prolactina nesses indivíduos que a média. Todavia, uma vez que o estudo não foi direcionado especificamente a pedófilos, mas sim a indivíduos que cometeram crimes sexuais, não se pode afirmar com segurança que níveis elevados de prolactina contribuam para o surgimento da condição pedofilia ou mesmo constituam um sintoma característico da parafilia.

Há, entretanto, quem relacione a pedofilia a alterações de natureza cerebral e hormonal, simultaneamente. Maes (2001) estabeleceu uma conexão entre a pedofilia e a ocorrência de irregularidades nas monoaminas e nos hormônios, sinalizando que os pedófilos aparentam ter atividade diminuída no receptor pré-sináptico 5-HT₂ e atividade aumentada nos mesmos locais pós-sinápticos, além de níveis séricos basais mais baixos de cortisol e prolactina.

Não é somente às origens biológicas da pedofilia que os pesquisadores se dedicam, uma vez que devem ser levados em conta também os aspectos psicodinâmicos da inclinação sexual por impúberes e pré-púberes.

Nessa esteira, é apontada como possível causa do aparecimento de fantasias e desejos pedofílicos o histórico de abuso sexual e/ou emocional na infância, que é comum entre os pedófilos (SPIZZIRRI, 2010).

Com o intuito de averiguar a aparente relação de causalidade entre ser vítima de estupro de vulnerável e se tornar um pedófilo, Freund, Watson e Dickey (1990) conduziram um estudo comparativo entre pedófilos que cometeram crimes sexuais contra crianças e homens não-pedófilos e que não praticaram tais delitos. A relevância da pesquisa é potencializada pela circunstância de os pesquisadores terem se atentado ao fato de nem todo criminoso sexual ser pedófilo e, assim, empregado um método de diagnóstico psicofisiológico para diferenciar pedófilos de não-pedófilos.

Os resultados obtidos por Freund, Watson e Dickey (1990) corroboraram a hipótese de que pedófilos relatam histórico de abuso sexual na infância com mais frequência que o grupo de controle. Não obstante, eles alertam para a possibilidade de parcela dos relatos afirmativos de abuso serem falsos, o que compromete a confiabilidade da pesquisa.

Posteriormente, pesquisas visando aferir as implicações do abuso sexual durante a infância na vida adulta foram realizadas, apontando que indivíduos que sofrem abuso na infância praticam abuso sexual quando adultos com mais frequência, sobretudo contra crianças (JESPERSEN; LALUMIÈRE; SETO, 2009). Não obstante, dada a distinção entre molestadores

sexuais e pedófilos, a conclusão alcançada não pode ser automaticamente estendida aos portadores da parafilia.

Muito embora Spizzirri (2010, p. 43) também mencione que “pesquisas atuais indicam que parafílicos (entre eles os pedófilos) e criminosos sexuais advém de famílias mais numerosas e seus pais tendem a serem mais velhos na ocasião de seus nascimentos”, a amplitude dessas pesquisas, que não foram direcionadas especificamente aos pedófilos, também impõem cautela na interpretação de seus resultados. Ademais, esses dados, por si sós, claramente são insuficientes para esclarecer a etiologia da pedofilia.

Diante, pois, da multiplicidade de fatores que parecem guardar relação com a incidência da pedofilia, a determinação precisa de sua etiologia ainda é um obstáculo para os pesquisadores do tema. A realização de estudos que continuem a investigar as diferenças biológicas e psicodinâmicas entre pedófilos e não-pedófilos aparenta ser o melhor caminho para encontrar uma resposta definitiva. Todavia, saber que a origem da pedofilia é multifatorial e ter conhecimento, ao menos em alguma medida, das peculiaridades verificadas nos portadores da parafilia, já representa uma relevante contribuição na escolha das abordagens a serem utilizadas com fins preventivos.

2.6 Outras patologias e condições associadas à pedofilia

Frequentemente, indivíduos diagnosticados como pedófilos também são portadores de outros transtornos e condições de ordem psiquiátrica. Muito embora não seja possível estabelecer uma relação de causalidade entre a inclinação sexual por crianças e outros transtornos psiquiátricos, a verificação da concomitância de diagnósticos tem se confirmado reiteradamente.

Com o objetivo de aferir a incidência de comorbidades psiquiátricas entre pedófilos que cometeram crimes sexuais contra crianças, Raymond *et al.* (1999) realizaram um estudo com 45 (quarenta e cinco) homens diagnosticados com pedofilia que participavam de programas de tratamento de criminosos sexuais. Os resultados obtidos revelaram que 67% dos participantes preenchiam os requisitos exigidos para o diagnóstico de algum tipo de transtorno de humor, 64% para o diagnóstico de transtorno de ansiedade, 60% para diagnóstico de abuso de substâncias psicoativas, 53% para o diagnóstico de parafilias diversas da pedofilia e 24% para o diagnóstico de disfunção sexual.

Posteriormente, Kruger e Schiffer (2011), comparando um grupo de 20 (vinte) pedófilos a um grupo de controle com 24 (vinte e quatro) homens, identificaram, assim como Raymond

et al. (1999), que, entre os pedófilos, os transtornos de humor e ansiedade eram mais frequentes. Também foi verificada a incidência de episódios de depressão, fobia social e abuso de álcool, bem como a ocorrência de transtornos de personalidade, especialmente o transtorno de personalidade esquiva e transtornos obsessivos compulsivos. Elevados indicadores de paranóia, esquizofrenia e psicopatia também foram encontrados na população de pedófilos estudada.

Muito embora ainda não se saiba com certeza se os sintomas de ordem psiquiátrica experimentados por muitos pedófilos são transtornos autônomos ou meros frutos do problema de possuir inclinação sexual por crianças (TENBERGEN *et al.*, 2015), a descoberta desses dados se revela especialmente significativa ao se considerar que a presença de transtornos psiquiátricos e outras condições concomitantes à pedofilia pode prejudicar o êxito de programas de tratamento de criminosos sexuais e potencializar a reincidência (RAYMOND *et al.*, 1999).

Nessa esteira, Kruger e Schiffer (2011, p. 1656) aduzem que

A presença desses transtornos pode tornar difícil para os pacientes responderem efetivamente aos rigores do tratamento do agressor sexual, que muitas vezes usa terapia de grupo de confronto e abordagens de terapia comportamental cognitiva. Esses dados corroboram a visão de que a atenção ao diagnóstico e tratamento dos transtornos psiquiátricos comórbidos é essencial para a compreensão e o tratamento dessa população.¹⁸

Assim, propostas de tratamento que visem ao controle dos impulsos sexuais pedofílicos serão mais eficazes caso abordem não somente as questões inerentes à pedofilia propriamente dita, mas também as outras comorbidades de que padece o portador da parafilia.

2.7 Epidemiologia da pedofilia

Muito embora a incidência da pedofilia seja alvo de interesse e objeto de investigação de muitos pesquisadores, obter dados precisos e confiáveis a respeito da prevalência da parafilia é especialmente desafiador. Além de o diagnóstico frequentemente ser dificultado pelo receio que as pessoas sentem de admitir sua inclinação sexual por impúberes e pré-púberes (TENBERGEN *et al.*, 2015), há uma escassez de levantamentos epidemiológicos que contenham os dados necessários para identificar a pedofilia, além de as informações obtidas ser quase integralmente provenientes de estudos realizados com homens da América do Norte, do oeste da Europa e da

¹⁸ “The presence of these disorders may make it difficult for patients to respond effectively to the rigors of sex offender treatment, which often uses confrontational group therapy and cognitive behavioral therapy approaches. These data support the view that attention to the diagnosis and treatment of comorbid psychiatric disorders is essential for the understanding and treatment of this population”.

Austrália (SETO, 2004), o que dificulta a estimativa da presença da condição na população em geral.

Todavia, de acordo com Tenbergen *et al.* (2015, p. 3), “a prevalência de uma verdadeira preferência sexual pedofílica é de aproximadamente 1%, mas quando as fantasias gerais são investigadas, essa prevalência pode chegar a 5% entre os homens na população em geral”.¹⁹

A indicação desse percentual encontra amparo no estudo conduzido por Briere e Runtz (1989), por meio do qual 193 (cento e noventa e três) estudantes universitários do sexo masculino tiveram seu interesse sexual em crianças avaliado, tendo sido constatado que 21% dos estudantes questionados relataram sentir atração sexual por algumas crianças pequenas, 9% relataram possuir fantasias sexuais envolvendo crianças, 5% relataram já ter se masturbado em decorrência dessas fantasias e 7% relataram que, caso não houvesse possibilidade de serem descobertos e punidos, fariam sexo com uma criança.

Na mesma esteira, Templeman e Stinnett (1991) avaliaram o histórico sexual e os padrões de excitação de 60 (sessenta) homens universitários e concluíram que 5% desejava manter contato sexual com meninas de idade inferior a 12 (doze) anos.

No que tange à relação entre pedofilia e gênero, observa-se que, muito embora a parafilia seja mais frequentemente relatada em homens, também é possível sua manifestação em mulheres. A escassez de estudos acerca de mulheres portadoras da pedofilia, todavia, é um significativo obstáculo à aferição da prevalência da condição nesse grupo, sobretudo ao se considerar que as poucas pesquisas existentes avaliaram tão somente as mulheres que cometeram crimes sexuais contra crianças, desconsiderando as que possuem interesse sexual em menores, mas mantiveram seus desejos e impulsos sob controle.

Nesse sentido, Green (1999) aponta que, dentre as vítimas de crimes sexuais, 14% a 24% dos homens relatam ter tido a dignidade sexual violada por uma mulher, enquanto 6% a 14% das mulheres relatam o mesmo. Não obstante, Wijkman, Bijleveld e Hendriks (2010) alertam que comumente as mulheres que praticam crimes sexuais o fazem na companhia de um homem, o que levanta ainda mais dúvidas acerca de se a motivação por trás dos atos perpetrados era de fato pedofílica.

Constata-se, assim, que há uma relevante dificuldade de obtenção de estatísticas confiáveis acerca da incidência da pedofilia na população – seja na população em geral, seja na população dividida por gênero ou outras categorias. Não obstante, as escassas informações epidemiológicas existentes são suficientes para demonstrar que pessoas com interesse sexual

¹⁹ “The prevalence of a true pedophilic sexual preference is approximately 1%, but when general fantasies are investigated, that prevalence can reach up to 5% among men in the general population [...]”.

em crianças e dispostas a satisfazer seus desejos estão em diversos meios e muitas vezes não são identificadas até que efetivamente cometam um crime. Isso somente reforça a necessidade e a urgência de se oferecer opções de tratamento voluntário àqueles que possam estar experimentando esses anseios, não sendo recomendável assumir o risco de que eles, em algum momento, reféns de seus desejos, optem por aproveitar uma oportunidade de fazer uma nova vítima.

3 O ESTIGMA DA PEDOFILIA E A NECESSIDADE DE SUA SUPERAÇÃO PARA A PREVENÇÃO EFETIVA DOS CRIMES SEXUAIS CONTRA MENORES

Em sua revisão de relatórios médicos sobre pedofilia, John Hughes (2007, p. 1) introduziu seu trabalho comentando o desconforto por ele experimentado ao conversar sobre o tema “pedofilia” com seus amigos e seus colegas médicos. Ele atribui o incômodo à inevitável repulsa sentida diante da imagem de “alguém forçando um ato sexual em uma criança pequena”.²⁰

Essa declaração constitui uma demonstração clara do porquê da necessidade de revisitar a ideia que se firmou acerca da pedofilia na sociedade contemporânea e superá-la, buscando desvincular o diagnóstico da parafilia do crime de estupro de vulnerável e compreender que, enquanto o pedófilo for considerado um abusador necessário e houver resistência em abordar o assunto, não haverá espaço para medidas que efetivamente possibilitem a contenção do risco que a ausência de controle sobre a parafilia representa.

Se até mesmo os médicos que, em tese, possuem conhecimento técnico acerca do que seja de fato a pedofilia acabam por cair na popular confusão entre pedófilos e abusadores e evitar o tema, resta plenamente demonstrado como o estigma da pedofilia está enraizado e provocando efeitos altamente prejudiciais aos interesses coletivos. Afinal, os médicos devem ser alguns dos principais aliados na missão de prevenir os crimes de estupro praticados por pedófilos, na medida em que possuem maior compreensão dos mecanismos de funcionamento do corpo e da mente humana e de resposta aos possíveis tratamentos a serem empregados no controle da parafilia.

A necessidade de superação do estigma da pedofilia, todavia, não se limita aos profissionais que possam vir a contribuir de alguma forma para a elaboração de um programa de tratamento eficaz, pois de nada adianta uma proposta de tratamento eficiente sem que a sociedade esteja pronta para implementá-la e os próprios pedófilos estejam dispostos a aderir a ela.

As discussões relativas ao estigma da pedofilia, portanto, devem ter por objetivo não somente desconstruir os estereótipos associados à pedofilia encontrados na comunidade em que o pedófilo está inserido, mas também os estereótipos encontrados na visão que o próprio pedófilo tem de si mesmo.

²⁰ “[...] forcing a sexual act on a small child”.

Ainda que o senso comum diga que a marginalização, o encarceramento e até mesmo o extermínio dos pedófilos são as melhores formas de proteger as crianças de eventuais abusos, a tutela efetiva da dignidade sexual dos menores depende, na realidade, do percurso do caminho inverso, uma vez que a maior parte das medidas desejadas contra a pedofilia não é constitucionalmente possível e a resistência em fornecer tratamento humanizado somente contribui para deixar os portadores da parafilia à mercê de seus desejos e impulsos, potencializando a ocorrência de crimes sexuais.

3.1 O que é estigma

O termo “estigma”, inventado pelos gregos, remete a sinais feitos com fogo ou com instrumentos pérfuro-cortantes no corpo de indivíduos cuja moral se pretendia evidenciar, de modo a indicar que tais pessoas deveriam ser socialmente evitadas. Com o advento do Cristianismo, o estigma foi associado a outros significados, porém sua utilização nos tempos atuais em muito se aproxima da origem grega (GOFFMAN, 1988).

Nesse sentido, Goffman (1988) explica que os indivíduos que integram determinada sociedade possuem certas expectativas quanto às características a serem encontradas em cada categoria de pessoas. Assim, quando um estranho é apresentado a alguém, é automaticamente efetuada uma verificação do preenchimento das características esperadas para a categoria na qual ele aparenta se enquadrar. Se, durante essa verificação, é constatada uma diferença entre a identidade social virtual – quem se espera que a pessoa seja – e a identidade social real – quem ela efetivamente é –, a característica discrepante pode ser concebida como um sinal de inferioridade, denotando uma fraqueza ou uma representação de perigo ou maldade. Esse atributo depreciativo, portanto, é denominado estigma.

Um importante aspecto acerca do estigma consiste, ainda de acordo com Goffman (1988), no fato de que a pessoa que o carrega, muito embora possua outros atributos que estejam inseridos nos padrões de normalidade, jamais será vista como semelhante pelos indivíduos “normais” – ou seja, que não possuem o estigma – pois a característica negativa possui mais força que as normais e atrai para si todas as atenções.

A preponderância do estigma sobre qualquer outro aspecto faz com que as pessoas “normais” adotem uma postura discriminatória que efetivamente dificulta a vida em sociedade do indivíduo estigmatizado, potencializando sua marginalização e favorecendo até mesmo seu extermínio. Nesse contexto, tem-se que comportamentos como construir uma teoria do estigma, para explicar as razões da inferioridade e periculosidade de seu possuidor, bem como a

utilização de termos específicos de estigma de forma metafórica e representativa, por vezes sem atenção ao significado original, em muito contribuem para a redução das “chances de vida” do estigmatizado (GOFFMAN, 1988, p. 8).

Considerando o acima exposto, já se revela possível identificar como a pedofilia se amolda perfeitamente ao conceito e às considerações expostas por Goffman (1988). Com efeito, no que tange à sexualidade, a sociedade contemporânea ocidental espera que as pessoas que já atingiram a maturidade sexual se interessem por outras que se encontrem no mesmo estágio e, conseqüentemente, procurem pessoas sexualmente maduras para satisfazerem seus desejos e fantasias. Quando essa expectativa não é atingida e um indivíduo apresenta interesse sexual por crianças que ainda não atingiram a maturidade sexual e não apresentam sinais de desenvolvimento sexual secundário, esse aspecto é automaticamente identificado como uma característica negativa e depreciativa e, assim, o sujeito é rejeitado.

Identificada essa particularidade, as pessoas tidas como “normais” passam a ignorar qualquer outra característica positiva que o portador da parafilia possa vir a demonstrar. Como consequência, passa a ser socialmente irrelevante que ele seja um funcionário exemplar em seu local de trabalho, um voluntário que alimenta pessoas carentes aos finais de semana, ou um filho zeloso que cuida dos pais idosos, pois a circunstância de ser pedófilo prepondera sobre quaisquer outras, ainda que elas possuam alguma relevância social.

Nota-se, ainda, que a frequente confusão entre a pedofilia e o crime de estupro de vulnerável pode ser atribuída, ao menos em parte, à utilização do termo “pedófilo” de forma pejorativa, como um xingamento ou forma de inferiorizar ou atacar aqueles que cometem crimes sexuais contra crianças, o que não corresponde ao seu significado original.

A utilização do termo para designar criminosos sexuais também exerce papel fundamental na construção da ideia de que o pedófilo é necessariamente um indivíduo ameaçador e perigoso, estando, pois, justificada a sua marginalização pelo risco que ele representa aos indivíduos “normais”.

Os efeitos de determinada característica ser apontada como um estigma, todavia, não se limitam à forma como a sociedade concebe seu portador e age diante dele, mas também concernem à visão que o próprio estigmatizado tem de si mesmo e como essa visão influenciará na forma como ele se porta frente ao mundo.

Nesse sentido, Goffman (1988) aponta que as pessoas estigmatizadas geralmente compartilham da concepção dos indivíduos normais acerca da identidade social virtual e das expectativas quanto às características de determinada categoria de pessoas. Assim, ao se dar conta de que sua identidade social real não corresponde integralmente à sua identidade social

virtual, o portador do estigma pode questionar seu merecimento de uma vida de qualidade e de oportunidades como a dos ditos “normais”, inclusive concordando, por vezes, que é realmente inferior a eles em razão do estigma que carrega.

Diante disso, o estigmatizado pode tentar contornar ou reverter esse quadro, seja por meio da submissão a procedimentos e terapias que possam efetivamente livrá-lo do estigma, seja por meio do envolvimento e dedicação a atividades para as quais seria considerado inapto pelos “normais” em virtude do estigma. Por outro lado, também é possível que o estigmatizado opte por romper com a realidade e por ressignificar sua identidade social real, utilizando o estigma como desculpa para seus fracassos, encarando as privações sofridas de forma positiva ou apontando as limitações que também atingem as pessoas “normais” (GOFFMAN, 1988).

Nesse sentido, tem-se que a duração e a natureza do contato entre “normais” e estigmatizados pode ser determinante na forma como o estigmatizado se porta e se sente na sociedade que integra, sendo o isolamento e os sentimentos de desconfiança, depressão, hostilidade, ansiedade e confusão consequências comuns para o estigmatizado dessa interação (GOFFMAN, 1988).

Essas considerações também são imediatamente aplicáveis à pedofilia e são de singular importância para a compreensão do efeito da parafilia sobre seu portador e suas relações sociais.

Com efeito, na medida em que toma consciência de que seu interesse sexual por crianças não está de acordo com o comportamento socialmente esperado e que tal interesse não é considerado aceitável, o pedófilo pode desenvolver uma concepção negativa acerca de si mesmo, passando a compartilhar da concepção dos indivíduos “normais”, no sentido de que ele não seria digno de receber as mesmas condições de vida e as mesmas oportunidades.

Os sentimentos de inferioridade e de não-pertencimento à comunidade que integra podem ser agravados, ainda, pela circunstância de, até o momento, não existir cura conhecida para a pedofilia, o que mina as esperanças do portador da parafilia de se ver livre do estigma que carrega e sobre o qual recai toda a razão de ser da marginalização que experimenta. Não é por outra razão que os sintomas de depressão e ansiedade, apontados por Goffman (1988) como possíveis consequências do estigma, são frequentemente identificados em pedófilos.

Todavia, o fato de não existir cura para a pedofilia não significa que o pedófilo deva apenas se conformar com sua condição e aceitar passivamente a posição de inferioridade em que ele acredita se encontrar. A submissão a um programa de tratamento que possibilite o controle dos impulsos pedofílicos é um caminho viável e eficaz de se percorrer rumo à obtenção de condições de vida e oportunidades equiparadas às dos indivíduos “normais”.

Entretanto, o grande obstáculo à efetividade dessa alternativa reside, precisamente, no próprio estigma. Na medida em que o pedófilo não corresponde aos padrões esperados da categoria de pessoas a que pertence e é concebido pelos “normais” como sendo inferior e perigoso, a providência mais confortável a ser tomada é a sua completa exclusão ou eliminação, e não o tratamento. O estigma, portanto, deixa a sociedade menos receptiva à proposta e à implantação de um programa de tratamento.

Essa não é, no entanto, a única barreira que é necessário transpor. De nada adianta que os “normais” se disponham a ofertar um programa de tratamento voluntário se o público-alvo não se dispuser a aderir a ele. E, para que haja a maior adesão possível e para que os objetivos visados sejam atingidos – afinal, quanto mais pedófilos se tratarem, menos crianças serão vítimas de seus impulsos sexuais descontrolados –, é preciso que o próprio pedófilo seja capaz de se despir das concepções negativas que possui de si mesmo.

Enquanto seu sentimento predominante for o de que ele é um predador a ser neutralizado e de que ele não é merecedor de qualquer tratamento e enquanto a vergonha da condição que carrega o impedir de buscar ajuda, não será possível verificar qualquer redução da ocorrência de crimes de estupro de vulnerável.

Revela-se, portanto, necessário melhor compreender a pedofilia como estigma e as perspectivas dos “normais” e dos estigmatizados, para que se possa, então, traçar o caminho mais adequado para contornar esse estigma e abrir espaço para um programa de tratamento voluntário verdadeiramente efetivo.

3.2 A pedofilia como estigma e o pedófilo enquanto ameaça a ser neutralizada

Muito embora seja possível, de plano, a partir das explicações de Goffman (1988), identificar que a pedofilia é um estigma, revela-se necessário avaliar mais a fundo a força desse estigma e seu impacto sobre os estigmatizados, para que seja possível aferir a real extensão do problema a ser contornado no processo de implantação e expansão de um programa de tratamento preventivo.

Inicialmente, Martí e Pérez (2000, p. 543) afirmam que, na realidade, todas as parafilias constituem um estigma e, assim, todos os portadores de uma parafilia estão sujeitos a serem “rotulados de pervertidos, desviados e aberrações, rejeitados pela sociedade e às vezes desprezados por si mesmos”.²¹

²¹ “Etiquetados como perversión, desviación o aberración, rechazados por la sociedad y en ocasiones despreciados por sí mismos [...]”.

Apesar disso, estudos recentes sugerem que a pedofilia seja a mais repudiada em comparação a outras parafilias e também a outras condições socialmente reprovadas, o que provoca um sentimento de rejeição mais forte em relação aos pedófilos do que em relação aos portadores de outros transtornos.

Nesse sentido, com o preciso objetivo de estabelecer uma comparação entre o estigma associado à pedofilia e o estigma associado a outros transtornos mentais, Jahnke, Imhoff e Hoyer (2014) conduziram dois estudos que demonstraram que a pedofilia desperta, nos membros do corpo social em geral, mais sentimentos negativos que outras condições.

No primeiro estudo, realizado no período compreendido entre 15 de outubro de 2012 e 15 de dezembro de 2012, foram abordadas 449 pessoas em áreas públicas de Dresden, na Alemanha, e 405 pessoas em áreas públicas de Stuttgart, também na Alemanha. Esses indivíduos foram questionados acerca de suas percepções, aceitação e seus sentimentos em relação a pessoas que têm interesse sexual predominantemente em crianças (pedofilia) e pessoas que quase diariamente ingerem grandes quantidades de álcool (alcoolismo). As perguntas formuladas concerniam ao autocontrole dos grupos de indivíduos em estudo, ao perigo representado às crianças e adolescentes, aos sentimentos de raiva, pena e medo direcionados aos grupos e ao distanciamento social a ser mantido por seus membros.

Os resultados obtidos por Jahnke, Imhoff e Hoyer (2014) revelaram que em praticamente todos os aspectos o estigma associado à pedofilia foi mais forte que o estigma associado ao abuso de álcool, sendo que as diferenças mais acentuadas foram relativas aos aspectos raiva direcionada ao grupo e ao distanciamento social: 84% dos entrevistados afirmaram sentir raiva de pessoas que tem interesse sexual predominantemente em crianças, enquanto 41% afirmaram sentir raiva de pessoas que abusam do álcool. Por outro lado, apenas 10% dos entrevistados afirmaram que aceitariam em sua vizinhança pessoas com interesse sexual predominantemente em crianças, enquanto 47% fizeram a mesma afirmação em relação aos abusadores de álcool. Além disso, 39% afirmaram que pessoas com interesse sexual predominantemente em crianças deveriam estar encarceradas, enquanto somente 5% dos entrevistados afirmaram que pessoas que abusam do álcool deveriam estar encarceradas. Por fim, 14% afirmaram que seria melhor se pessoas com interesse sexualmente predominantemente em crianças estivessem mortas, enquanto apenas 3% concordaram que essa assertiva se aplicaria às pessoas que fazem uso imoderado de bebidas alcólicas.

No segundo estudo, foram coletadas informações online fornecidas por 201 pessoas por meio da plataforma *Amazon Mechanical Turk* (Mturk). Desta vez, a comparação foi efetuada entre pessoas com interesse sexual predominantemente em crianças (pedofilia), pessoas com interesse sexual dominante em infligir dor física a outras pessoas (sadismo sexual), e pessoas que continuamente desrespeitam os direitos das outras pessoas (tendências antissociais).

De acordo com Jahnke, Imhoff e Hoyer (2014), a comparação entre as reações das pessoas aos pedófilos e as reações das pessoas aos sádicos sexuais e antissociais revelou que, muito embora a pedofilia tenha sido considerada a menos controlável das condições e tenha despertado o sentimento de pena em 40% dos participantes, 94% deles considerou os pedófilos perigosos para as crianças (contra 33% que disseram o mesmo sobre o sadismo sexual e 67% que o fizeram sobre as tendências antissociais); apenas 5% afirmaram que estariam dispostos a fazer amizade com um pedófilo (contra 48% que fariam amizade com um sádico e 8% que fariam amizade com alguém com tendências antissociais); aproximadamente 50% afirmaram que os pedófilos deveriam estar encarcerados (contra 9% que disseram o mesmo sobre os sádicos sexuais e 22% sobre os antissociais); e 28% concordaram com a afirmação de que seria melhor se os pedófilos estivessem mortos (contra 6% que disseram o mesmo sobre os sádicos sexuais e 8% que disseram o mesmo sobre os antissociais).

Ao discutirem os dados obtidos a partir dos estudos, Jahnke, Imhoff e Hoyer (2014) apontaram que o grupo de pedófilos foi o que recebeu as reações negativas mais fortes do público, bem como o maior desejo de distanciamento social e as suposições mais estigmatizantes.

De fato, tanto as reações quanto as declarações dos entrevistados revelam um acentuado desprezo pelas pessoas que se sentem sexualmente atraídas por menores de idade e a vontade de que elas não façam parte dos meios em que se inserem as pessoas consideradas “normais”. Tais reações e declarações defendem, assim, a marginalização ou mesmo a eliminação desses indivíduos em nome do bem comum, o que evidencia que, perante o corpo social contemporâneo, o pedófilo pode ser facilmente associado à figura do *homo sacer*.

Conforme discorre Túlio Vianna (2007), Michel Foucault indica que, na teoria clássica da soberania, o soberano detinha em suas mãos o poder de “fazer morrer” e “deixar viver” aqueles que a ele estavam submetidos. Na era do “biopoder”, por outro lado, não se fala em “fazer morrer” e “deixar viver”, mas “fazer viver” e “deixar morrer”.

É nesse contexto que se identifica o *homo sacer*, sujeito cujo sacrifício o Estado não permite diretamente, mas que por ele é “deixado morrer”, uma vez que não seria punido aquele que viesse a ceifar-lhe a vida (AGAMBEN, 2002). Assim é tratado o pedófilo, que não é visto

como pertencente à sociedade na qual ele se encontra inserido e nem reconhecido enquanto sujeito de direitos, não sendo o seu sacrifício condenado, mas sim encarado como um favor feito à comunidade.

O estigma associado à pedofilia, contudo, não produz efeitos somente sobre as pessoas que cercam e convivem com o pedófilo, mas também sobre ele próprio, influenciando significativamente a concepção que ele possui acerca de si mesmo enquanto portador da parafilia.

Nesse sentido, uma vez que o indivíduo percebe que seus interesses sexuais não correspondem às condutas socialmente aceitas e consideradas típicas, mas, de modo contrário, percebe que elas são socialmente repudiadas e fazem com que sua eliminação seja desejada, ele deixa de vislumbrar a possibilidade de ser um membro ativo da comunidade capaz viver sob as mesmas condições que as pessoas com interesses sexuais típicos. Uma vez que seus desejos parafilicos sejam, de alguma forma, revelados, ele sabe que muito provavelmente encontrará dificuldade de manter um emprego, preservar seus vínculos familiares, usufruir de uma vida social ativa ou mesmo construir um relacionamento amoroso saudável.

E isso não é tudo. O pedófilo, via de regra, conhece o caráter típico das condutas que sente desejo de praticar e, muitas vezes, conhece as razões pelas quais elas não são socialmente toleradas e os efeitos prejudiciais que provocam nas vítimas. Tendo tal consciência, ele passa a enxergar a si próprio como uma ameaça, uma vez que, embora não deseje transpor a fronteira que separa o transtorno da criminalidade, teme não conseguir manter seus impulsos sob controle.

Diante de todos esses pensamentos e sentimentos, é comum que a pessoa sexualmente atraída por crianças experimente sentimentos de desespero e desamparo que têm um reflexo direto sobre sua saúde mental e podem, inclusive, levá-la a tentar adotar soluções extremas.

É, com efeito, o que evidencia uma pesquisa *online* realizada pela organização americana *B4U Act*, que apontou que, de 171 pedófilos entrevistados, 45% já consideraram seriamente o suicídio por razões relacionadas à sua atração sexual por menores; 32% chegaram a elaborar um plano para cometer suicídio e 13% chegaram a colocar o plano em prática. De forma surpreendente, de 79 entrevistados, 42% afirmaram que começaram a ter pensamentos suicidas quando ainda eram menores de idade, predominantemente aos 16 (dezesseis) anos e 67% de 85 participantes informaram que não podiam compartilhar tais pensamentos com outras pessoas. Ainda mais chocantes são os dados relativos aos pedófilos que chegaram a tentar o suicídio, uma vez que, de 22 entrevistados, 36% levaram a tentativa a cabo enquanto ainda eram menores de idade, predominantemente aos 14 (catorze) anos de idade.

O fato de alguns pedófilos terem experimentado pensamentos suicidas e tentado o suicídio com tão pouca idade permite presumir que, logo que perceberam que se sentiam sexualmente atraídos por crianças, ainda na puberdade, eles foram tomados pelo sentimento de angústia, justamente por saberem qual é a concepção que a sociedade contemporânea possui acerca da pedofilia e como é desafiador encontrar ajuda profissional.

Todos os dados expostos – tanto os que concernem à concepção da sociedade acerca da pedofilia quanto os que concernem à perspectiva que os próprios parafilicos possuem do fato de se sentirem sexualmente atraídos por menores – demonstram como possuir interesse sexual por crianças é uma característica estigmatizante, considerada uma mácula irreversível que impossibilita o convívio em sociedade.

Quando se fala em pedofilia, imagina-se, de pronto, uma criança sendo vitimizada e tendo sua dignidade sexual violada, uma vez que, por força do estigma da parafilia, o conceito de pedofilia e o conceito de crime sexual se confundem. E uma vez que se entende que a atração sexual por menores necessariamente conduz à prática de infrações sexuais contra eles, o pedófilo é concebido como uma ameaça a ser neutralizada, sem possibilidade de ter seu comportamento corrigido para que possa viver como qualquer indivíduo que não seja portador da parafilia.

Não obstante tal concepção seja motivada pelo sentimento de que é necessário proteger as crianças e pré-adolescentes dos riscos que a pedofilia representa e resguardar sua dignidade sexual, verifica-se que, na realidade, agir de modo a isolar o pedófilo não é a estratégia mais eficaz para efetivar a prevenção dos crimes sexuais contra vulneráveis.

De modo diverso do que comumente se acredita, é precisamente a tentativa de deixar as pessoas sexualmente atraídas por crianças à margem da sociedade, endossando cada vez mais o estigma que recai sobre a pedofilia, que, em maior grau, contribui para que os impúberes e pré-púberes, na contramão do que se deseja, sejam expostos ao risco de se tornarem vítimas de um crime sexual.

Conclui-se, portanto, que há a necessidade de trilhar o caminho inverso daquele que vem sendo predominantemente percorrido até agora. Ou seja, revela-se urgente superar o estigma associado à pedofilia, compreendendo que é possível sentir interesse sexual por crianças sem apresentar qualquer manifestação de tal interesse no mundo externo, para que, a partir disso, possam ser adotadas mais estratégias destinadas a possibilitar a contenção dos desejos pedofilicos. É, portanto, na superação do estigma da pedofilia que reside a resposta para a máxima eficácia do combate aos crimes sexuais contra crianças e pré-adolescentes.

3.3 A necessidade de superação do estigma da pedofilia

Uma pesquisa *online* conduzida pela organização sem fins lucrativos *B4U Act* durante o período de 6 (seis) semanas, de março a abril de 2011, recebeu 193 (cento e noventa e três) respostas de pessoas sexualmente atraídas por menores, a partir de um questionário contendo, dentre outras, perguntas acerca dos esforços por elas empregados para alcançar a saúde mental.

Ao se depararem com a afirmação “eu procuraria a ajuda de um profissional de saúde mental, se necessário, para um problema relacionado à minha atração por menores”, 59% de 176 entrevistados discordaram. Na mesma esteira, 88% de 176 entrevistados discordaram de que “os profissionais de saúde mental têm uma boa compreensão da atração por menores” e 54% de 177 entrevistados discordaram de que “se contassem a um profissional de saúde mental sobre a atração por menores seriam tratados com respeito”. No mesmo sentido, 62% discordaram de que seriam tratados de forma isenta de julgamentos, 46% discordaram de que seriam tratados de forma ética e 51% discordaram de que a confidencialidade seria mantida.

Além disso, 27% de 169 entrevistados afirmaram que já sentiram necessidade de obter cuidados de saúde mental por motivos não relacionados à atração sexual por menores, mas optaram por não receber tais cuidados em virtude de sua pedofilia. De forma semelhante, 18% de 171 entrevistados afirmaram que já receberam cuidados de saúde mental por motivos não relacionados à pedofilia, porém a parafilia impediu o recebimento de cuidados adequados.

Os dados obtidos pela organização *B4U Act* revelam que diversos obstáculos separam as pessoas sexualmente atraídas por menores da ajuda profissional que elas desejam e/ou sentem necessidade de receber. Um deles é a falta de preparo dos profissionais em exercício, que não possuem o conhecimento técnico necessário sobre a pedofilia e, por não compreenderem bem o transtorno, não estão aptos a lidar de forma adequada e satisfatória com as demandas desses pacientes.

Outro problema é o receio que as pessoas que se enquadram no diagnóstico de pedofilia experimentam no que se refere a revelar sua inclinação sexual a terceiros, ainda que esses terceiros sejam profissionais de saúde mental. Eles temem, caso confessem sentir desejo sexual por menores, ser tratados com hostilidade e receber julgamentos negativos de ordem moral no lugar do acolhimento pretendido. Tudo isso está, de maneira clara, associado ao estigma da pedofilia, que, ao colocar o pedófilo na posição de “monstro a ser combatido” (LOWENKRON, 2012), dificulta o oferecimento, a ele, do tratamento conferido aos indivíduos que possuem transtornos de natureza diversa.

No entanto, quando uma pessoa identifica que possui interesse sexual por crianças e deseja obter ajuda porque receia chegar ao ponto de concretizar suas fantasias, mas se sente desencorajada a efetivamente buscar tratamento em virtude do temor da postura do profissional, o cenário que se desenha é o de desejos e impulsos pedofílicos descontrolados, que, naturalmente, favorecem a prática de crimes sexuais.

Muitas vezes o indivíduo não tem a capacidade de, sozinho, suprimir seus desejos pedofílicos e controlar seu comportamento para permanecer nos limites da legalidade, assim como tampouco conhece estratégias que podem ser empregadas para adquirir tal capacidade. Dessa forma, caso ele não seja auxiliado por um profissional que o qualifique para tanto, ele estará sob permanente risco de ceder aos seus impulsos e concretizar suas fantasias, fazendo novas vítimas.

Tendo isso em vista, nota-se que, para que as pessoas sexualmente atraídas por crianças e pré-adolescentes deixem de representar um risco à dignidade sexual deles, faz-se necessário ampliar a oferta de ajuda profissional aos indivíduos que se enquadrem no diagnóstico de pedofilia, conferindo a eles as ferramentas necessárias para que mantenham seus desejos suprimidos.

Considerando o relevante papel que o estigma da pedofilia desempenha na atual escassez de profissionais qualificados e dispostos a atender pedófilos, o primeiro passo para potencializar, por um lado, a procura por ajuda, e, por outro, a oferta de auxílio, é superar tal estigma, assimilando que a pedofilia não se confunde com os crimes sexuais praticados em face de menores e que o diagnóstico de pedofilia não conduz, necessariamente, à prática de tais delitos.

Sabe-se que as concepções e padrões morais adotados pela sociedade ocidental contemporânea favorecem a associação da pedofilia ao sentimento de repugnância e desprezo e o presente trabalho não pretende, de maneira alguma, modificar tais concepções e padrões de modo a sugerir que qualquer tipo de envolvimento sexual entre adultos e crianças ou pré-adolescentes possa ser considerado aceitável. Na realidade, o objetivo ora visado consiste, justamente, em potencializar a eficácia da tutela à dignidade sexual dos menores para que as chances de eles se tornarem vítimas de atos dessa natureza sejam reduzidas.

Para tanto, contudo, é necessário compreender que o indivíduo que sente atração sexual por crianças ou pré-adolescentes não é inerentemente malvado e perverso, ou seja, seu interesse sexual não é decorrente do fato de sua “essência” ser ruim ou inferior. Essa percepção, na realidade, é fruto de julgamentos morais que não são uma fonte confiável de extração de conclusões fidedignas e seguras.

Nesse sentido, tem-se que, não obstante os modelos racionalistas preconizarem que os julgamentos morais seriam fruto do raciocínio moral – ou seja, seriam posteriores a um processo de reflexão e sopesamento de danos, direitos e justiça –, Jonathan Haidt (2001) defende, baseando-se no modelo social-intuicionista, que, na realidade, os julgamentos morais são meras intuições morais reproduzidas sem qualquer prévio raciocínio ou reflexão. Ou seja, as avaliações positivas ou negativas, feitas acerca de características ou atos, não são alcançadas após o processamento e a análise de informações sobre algo ou alguém, mas aparecem de forma repentina e automática, sem que a própria pessoa tenha consciência do processo que as originou.

Haidt (2001) ainda expõe que, mesmo quando um processo de raciocínio sobrevém ao julgamento moral, o que se vê não são indivíduos coletando dados e evidências que permitam alcançar a conclusão mais precisa, mas sim pessoas buscando qualquer exemplo ilustrativo ou parcela de evidência, ainda que frágil, que possa ser utilizada para sustentar suas crenças prévias. A racionalização, assim, objetiva somente justificar intuições morais automáticas.

Joshua Greene (2003; 2004) compartilha dessa perspectiva, reiterando que estudos recentes do campo da neurociência e áreas conexas indicam que os julgamentos morais geralmente são intuitivos e frutos das emoções. Nessa esteira, explica que, enquanto seres essencialmente sociais, os humanos evolutivamente desenvolveram mecanismos que permitem elaborar julgamentos rápidos e emotivos.

A partir disso, Greene (2003; 2004) sustenta que não existem “fatos morais” genuínos e absolutos, ou seja, não existem coisas certas ou erradas por si mesmas e acerto ou erro não são inerentes, mas dependentes das crenças e valores de quem observa o objeto de julgamento. Os julgamentos morais não derivam do discernimento sobre a natureza da verdade moral, mas de um eficiente processo cognitivo utilizado para tomar decisões e alcançar conclusões morais.

A imagem que se tem, atualmente, acerca da pedofilia, portanto, não é fruto de ideias naturalmente e inerentemente corretas e imutáveis, mas da gradual modificação e edificação de conceitos correlatos.

Nesse sentido, Ariès (1978) descreve o que seria o primeiro passo para a elucidação desse processo: a evolução do conceito de infância e seu gradual reconhecimento e valorização. Com efeito, de acordo com o historiador, muito embora a descoberta da infância date do século XIII, com o estabelecimento das “idades da vida”, até o século XVI não se falava em “inocência infantil” e as crianças não eram privadas de nada do que ocorria entre os adultos, sendo, inclusive, comuns as práticas sexuais que as envolviam.

Foi a partir do século XVI em diante que a criança passou a ocupar uma posição diferenciada no âmbito da família e ser associada à fragilidade, à inocência e à pureza divina.

Severa disciplina e senso de moralidade passaram a orientar mudanças dos hábitos até então vigentes, que refletiram na forma de vestir as crianças, nas brincadeiras a que eram submetidas e, sobretudo, na educação recebida (ARIÈS, 1978).

De forma complementar às ponderações de Ariès (1978), Azambuja (2004) descreve que, na Antiguidade, no seio dos povos egípcio e mesopotâmicos e entre os gregos e romanos até a Idade Média, eram comuns várias formas de violência contra as crianças, que não contavam com nenhum tipo de proteção especial. É apenas no século XVIII que ocorre a efetiva distinção entre a infância e a fase adulta, assim como também a primeira demonstração da desaprovação de atos pedofílicos.

No Brasil, a distinção da infância como fase autônoma da vida e a atribuição de especial proteção a essa etapa parece ter ocorrido com atraso ainda maior. Isso porque, até o século XIX, ainda era comum e socialmente aceito o casamento de homens adultos com meninas de 12 (doze) a 13 (treze) anos de idade, que, então, iniciavam a vida sexual e, frequentemente, engravidavam logo em seguida (REIS; ZIONI, 1993).

Paralelamente à análise da evolução do conceito e das perspectivas acerca da infância e da figura da criança, foi também modificado de forma relevante o tratamento conferido à sexualidade pela sociedade.

Nesse sentido, Foucault (1990) concebe a sexualidade como um “dispositivo histórico”, ou seja, ele não a considera um fenômeno natural, mas sim uma construção social e histórica que reflete os valores vigentes em determinada comunidade. As concepções de corpo e de sexualidade, conseqüentemente, devem ser estudadas à luz do contexto e do momento histórico em que se formaram.

Nessa esteira, Foucault (1990) aponta que a sociedade capitalista que se formou a partir do século XVII foi marcada pela repressão à sexualidade, sendo que, no século XVIII, destacaram-se as grandes proibições, fundadas em imperativos morais que permitiam as manifestações sexuais apenas no âmbito do casamento e, no século XX, os mecanismos de repressão começaram a sofrer relativa flexibilização.

Barbosa, Matos e Costa (2011) endossam, sobretudo em relação ao corpo, a visão de Foucault, na medida em que defendem que diferentes sociedades e diferentes culturas constroem visões distintas sobre o corpo humano, suas características e atributos, criando seus próprios padrões.

Diante disso, destaca-se, conforme abordado na obra, como marco na história da concepção do corpo humano, o advento do Cristianismo, a partir do qual ele passa a ser visto como “proibido”, “fonte de pecado” e motivo de vergonha. Ainda que essa perspectiva tenha

sido parcialmente modificada a partir do Renascimento, as docentes apontam que, ainda nos dias atuais, as pessoas convivem com o que denominam “crise do corpo”.

Louro (2018) ainda ressalta o papel do corpo e suas expressões na construção da própria identidade do sujeito, o que justifica a função, assumida pelas instituições de ensino, de transmitirem os padrões de comportamento baseados em valores morais repressores e limitadores da sexualidade.

Em um momento histórico ainda mais recente, Weeks (2018) descreve que a disseminação do vírus HIV foi utilizada para condenar a expressão da sexualidade, tratando a doença como uma espécie de vingança que recaía sobre aqueles que ousassem ultrapassar certos limites.

Portanto, é notório que, devido à pureza e castidade atribuída à imagem das crianças e à repressão e condenação da sexualidade, o interesse sexual por impúberes e pré-púberes – que outrora chegou a ser aceito na sociedade ocidental (GREEN, 2002) – passou a ser considerado das mais graves crueldades.

Não é por outro motivo que Laura Lowenkron (2012) aponta que, ao longo do tempo, as crianças passaram a ser entendidas como sujeitos de direitos em condição de vulnerabilidade e as ofensas sexuais contra menores de idade passaram, de forma inédita, a ser compreendidas à luz da cidadania e dos direitos humanos.

Se a moralidade ou imoralidade de certas características ou comportamentos não é inata, mas, ao contrário, variável de acordo com o momento histórico e a cultura do grupo que emite o julgamento moral, é nítido que abordagens diversas da eliminação ou marginalização devem ser consideradas para tratar da questão da pedofilia na sociedade. Se a atração sexual por crianças e pré-adolescentes não é um mal em si mesma e tampouco se o pedófilo é inerentemente cruel, não se pode dizer que a única forma de mitigar o problema dos crimes sexuais contra vulneráveis é excluí-lo do convívio em sociedade ou mesmo privá-lo de sua existência.

Além disso, é certo que promover a exclusão ou a eliminação de pedófilos que não cometeram crimes sexuais contra crianças somente em virtude do caráter de imoralidade atribuído à sua inclinação sexual seria uma expressa manifestação de indevida confusão entre direito e moral, o que não se admite no âmbito de um sistema jurídico que já consagrou a separação de ambos.

Com efeito, desde o advento do Iluminismo – quando se consolidaram as ideias de que (i) o direito não reproduz e tampouco tem a função de reproduzir a moral ou qualquer sistema metajurídico; (ii) existe autonomia da moral em relação ao direito positivo e qualquer outro tipo

de prescrição heterônoma; e (iii) preceitos e juízos morais são fruto da autonomia da consciência individual, e não do direito positivo – a separação entre o direito e a moral se consolidou, não sendo a imoralidade suficiente para atrair e justificar a atuação do Estado (FERRAJOLI, 2002).

Assim, se uma pessoa recebe o diagnóstico de pedofilia, ainda que tal condição eleve seu potencial de cometimento de um ilícito sexual, não é admissível, enquanto tal ilícito não se concretizar, que ela seja vítima da interferência coercitiva do Estado somente em razão de a sociedade considerar imoral a atração sexual por crianças. Naturalmente, é possível e viável implementar mecanismos que tenham por objetivo coibir a prática de crimes. Todavia, tais mecanismos não devem partir de concepções morais, sendo certo que não cabe ao Estado estabelecer princípios éticos específicos a serem seguidos, tampouco impor normas que se destinem a fortalecer esses princípios sem que tenha havido lesão ou perigo de lesão concreta ao bem jurídico (ZAFFARONI *et al.*, 2003).

Reitere-se que, ao trazer tais considerações, não se pretende, de modo algum, desconstituir a concepção adotada pela sociedade de que o envolvimento sexual entre adultos e crianças é imoral. Não é objetivo do presente trabalho descriminalizar tais práticas sexuais, tampouco sugerir de algum modo que elas devem ser toleradas. É, aliás, precisamente em virtude do anseio de conter a ocorrência de tais condutas que se justifica a discussão ora travada. Não obstante, faz-se necessário ter cautela para que os meios invocados para tanto não se alicercessem sobre bases frágeis e incompatíveis com os princípios e valores do Estado Democrático de Direito.

Entende-se, assim, que, a partir da compreensão de que a pedofilia não se confunde com os crimes sexuais contra menores; de que a pedofilia não é decorrência de o pedófilo ser essencialmente perverso; de que a superação do estigma da pedofilia é necessária para que os delitos sexuais em face de vulneráveis sejam efetivamente combatidos; e de que os meios para combater os delitos sexuais não devem se alicerçar sobre os julgamentos morais que recaem sobre a pedofilia, é possível alcançar um meio mais humano, constitucionalmente viável e compatível com as premissas do Estado Democrático de Direito que seja capaz de coibir a prática de crimes que atentem contra a dignidade sexual de menores.

Acredita-se, nesse sentido, que a forma mais adequada de lidar com a pedofilia e a consequente existência de pedófilos em uma sociedade igualitária e democrática seja ofertar, de forma ampla e acessível, tratamento adequado e humanizado a todos aqueles que, cientes de suas inclinações sexuais atípicas e receosos das condutas que podem ser levados a praticar em

decorrência delas, estejam dispostos a se submeter a abordagens destinadas a conter seus desejos.

Entende-se por tratamento adequado e humanizado aquele composto por métodos e procedimentos que tenham sua eficácia cientificamente demonstrada, que não causem intenso sofrimento físico ou psicológico ao indivíduo tratado, bem como aquele que seja conduzido por profissionais que disponham de conhecimento técnico acerca da pedofilia e compreendam seus aspectos biológicos e psicológicos.

Devem ser rejeitados, desse modo, quaisquer meios de tratamento que sejam baseados exclusivamente em pseudociências e não tenham tido seus resultados verificados com o mínimo de rigor científico. Também não se pode optar por métodos que possam ser considerados atentatórios ao princípio da dignidade da pessoa humana, tampouco por métodos que, ainda que comprovadamente eficazes por meio de pesquisas científicas, sejam aplicados por pessoas que não disponham de formação técnica para lidar com transtornos mentais, como líderes religiosos, por exemplo.

Não obstante se reconheça a importância que a religião muitas vezes assume no âmbito social, contribuindo para que pessoas enveredadas pelos caminhos da criminalidade passem a se ocupar de atividades lícitas e para que usuários de drogas ou álcool deixem de abusar das substâncias, seria temerário conceder-lhe a atribuição de administrar tratamento para a pedofilia.

Em que pese as origens da parafilia ainda não serem completamente conhecidas, sabe-se que existem diversos aspectos biológicos envolvidos que não podem ser afetados apenas por meio dos métodos de atuação de grupos religiosos. Ademais, atribuir à religião a responsabilidade de tratar pedófilos para reduzir a incidência de crimes sexuais contra menores em muito limitaria a quantidade de pessoas que se beneficiariam do tratamento, uma vez que aquelas que não são adeptas de qualquer religião – ou são adeptas de religiões que não seriam contempladas por essa atribuição – dificilmente procurariam a terapia oferecida nesses moldes.

É necessário considerar, ainda, que, na medida em que a pedofilia pode ser considerada um problema de saúde pública, tratá-la por meio da religião exigiria que essa ultrapassasse os limites da separação do Estado, o que é inadmissível. Isso porque a *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, ao dispor que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, bem como ao assegurar a liberdade de manifestação do pensamento e a liberdade de consciência e de crença, instituiu um Estado laico e amoral. Conseqüentemente, a partir do momento em que se viola a amoralidade e a laicidade do Estado, abre-se espaço para que determinados valores morais ou religiosos sejam impostos em detrimento de outros,

fazendo com que os indivíduos sejam julgados de acordo com concepções não recepcionadas pela Carta Magna. Não é, pois, por outra razão que a formação religiosa e as práticas a ela inerentes devam se restringir à esfera privada (VIANNA, 2014).

Por conseguinte, entende-se que a elaboração de programas de tratamento da pedofilia deve não somente partir do estudo do conteúdo produzido sobre a matéria no âmbito das ciências biológicas e sociais, mas também contar com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, psicólogos e assistentes sociais, que possuem conhecimento técnico suficiente para melhor absorver as técnicas de capacitação adequadas para lidar com questões delicadas dessa natureza.

Contudo, não basta falar sobre as bases sobre as quais o tratamento deve se alicerçar sem mencionar, também, de que forma e a que título ele deve ser oferecido: gratuitamente e de adesão voluntária. O tratamento compulsório, oferecido a título de sanção penal, não deve ser cogitado, conforme será demonstrado no tópico que se segue.

3.4 Pela oferta de tratamento preventivo voluntário para a pedofilia em detrimento do tratamento compulsório a título de pena

Em abril de 2022, diversos veículos de mídia noticiaram que o governo do Peru apresentou ao Congresso do país um projeto de lei prevendo a imposição da “castração química” a condenados pela prática do crime de estupro contra menores que tenham recebido penas entre 15 (quinze) e 25 (vinte e cinco) anos.

Em que pese a “castração química” corresponder a uma forma de tratamento – o que se defende no presente trabalho –, a proposta do governo peruano não deve ser recebida com aplausos e tampouco servir de exemplo de medida de combate à pedofilia e aos crimes sexuais contra menores.

Isso porque, para que se atinja o objetivo de efetivamente combater a violência sexual contra crianças e pré-adolescentes, o ideal é que o tratamento para a pedofilia oferecido seja de adesão voluntária, e não imposto a título de sanção por força da condenação criminal.

Sabe-se que existem muitas pessoas favoráveis à aplicação compulsória de tratamento a indivíduos condenados pela prática de crimes sexuais contra menores. Entretanto, o tratamento administrado a título de pena conta com relevantes problemas de ordem prática e teórica que obstam sua adoção.

No campo dos problemas de ordem prática, o primeiro obstáculo a ser apontado corresponde aos destinatários do tratamento compulsório de acordo com a proposta:

condenados pela prática do crime de estupro contra menores e que tenham recebido penas entre 15 (quinze) e 25 (vinte e cinco) anos. Conforme mencionado no capítulo anterior, nem todo indivíduo que pratica crimes sexuais contra crianças e pré-adolescentes preenche os requisitos do diagnóstico de pedofilia, assim como nem todo pedófilo chega ao ponto de cometer crimes sexuais contra menores. A pedofilia é um importante fator de risco para o cometimento desses delitos, fazendo com que o combate eficaz a eles dependa da utilização de abordagens distintas para a pessoa que comete o crime por razões diversas e para o pedófilo, sendo necessário alcançar, também, o pedófilo que, ao menos até o momento, não delinuiu e está fora do radar das autoridades públicas.

Assim, impor a “castração química” a todos os condenados como se eles pertencessem à mesma categoria, como se eles agissem movidos pelos mesmos motivos e como se eles contassem com idênticas probabilidades de reincidência não é a providência mais adequada a ser adotada, uma vez que ela não leva em consideração aspectos essenciais que estão por trás dos índices de incidência desses delitos.

Todavia, ainda que houvesse a implantação de um procedimento específico para diferenciar pedófilos de não-pedófilos, privilegiando a aplicação de tratamento – seja a “castração química”, conforme a proposta do governo peruano, seja outro método disponível – aos primeiros, a questão não estaria resolvida e continuaria a não ser recomendado o tratamento compulsório por força de determinação judicial. Com efeito, o segundo obstáculo de ordem prática identificado, que constitui um problema prejudicial ao objetivo de derrubar o número de delitos dirigidos à dignidade sexual dos ditos vulneráveis, corresponde à própria natureza penal da abordagem terapêutica.

Conforme será demonstrado no capítulo seguinte, a eficácia de um tratamento que tenha por objetivo suprimir comportamentos sexuais delituosos é potencializada pela disposição interna do sujeito para a mudança de conduta e para o controle sobre seus desejos e impulsos. Embora os métodos envolvidos na “castração química” atuem sobre a composição e os processos biológicos do corpo humano, em muito contribuindo para a supressão do desejo sexual e dos comportamentos dele decorrentes, a ausência da vontade de se submeter a esse processo pode levar os indivíduos a desenvolver outros meios de ofender a dignidade sexual dos menores, ainda que a título de vingança pela aplicação compulsória do tratamento.

E, não bastassem esses problemas de ordem prática, nota-se que a imposição de tratamento compulsório para a pedofilia, como efeito da condenação criminal, também não encontra amparo nas teorias desenvolvidas pela doutrina com o objetivo de justificar a aplicação

de pena aos indivíduos transgressores da lei penal, o que apenas corrobora a ideia de que o tratamento deve ser de adesão voluntária.

Com efeito, de acordo com a ideologia penal utilitarista, a sanção não deve ser concebida enquanto valor ou fim em si mesma, mas como instrumento de tutela dos cidadãos que permite que utilidades futuras sejam alcançadas. Nesse sentido, tem-se que a pena deve ser capaz de proporcionar a máxima utilidade à maioria de indivíduos não-desviantes, impondo o mínimo de sofrimento necessário à minoria de indivíduos desviantes (FERRAJOLI, 2002).

Tendo em vista as concepções utilitaristas da máxima segurança e da mínima aflição, são estabelecidas quatro finalidades preventivas aptas a justificar a pena: (i) a emenda ou correção do réu; (ii) a neutralização do réu; (iii) a dissuasão de terceiros de imitar o réu; e (iv) o reforço da ordem mediante a reafirmação dos valores jurídicos lesados. A partir de tais finalidades, estabeleceram-se as doutrinas utilitaristas da prevenção especial positiva – que atribui à pena a função de corrigir o réu –, da prevenção especial negativa – que atribui à pena a função de neutralizar o réu –, da prevenção geral positiva – que defende que a função da pena é reforçar a fidelidade dos cidadãos à norma – e da prevenção geral negativa – para a qual a função da pena consiste em dissuadir os cidadãos da prática de crimes por meio do exemplo ou da ameaça (FERRAJOLI, 2002).

Muito embora todas essas doutrinas compartilhem o mesmo objetivo final com a imposição da reprimenda – a manutenção da ordem e da tranquilidade social, que se busca assegurar coibindo a reincidência daqueles que já infringiram a lei ou incentivando a retidão daqueles que até então permanecem observando as restrições impostas pelo legislador penal – cada uma delas, a seu modo, obsta a imposição de um tratamento para a pedofilia a título de pena. Ou seja, não é possível justificar a imposição de tratamento para a pedofilia como pena sob a perspectiva de qualquer dessas doutrinas.

Inicialmente, no que tange às doutrinas de prevenção especial, que têm por objetivo a reeducação do réu ou a sua eliminação ou neutralização – a depender de sua personalidade ser corrigível ou não – tem-se que um importante obstáculo à sua utilização para justificar o tratamento compulsório da pedofilia consiste no fato de a abordagem terapêutica ser destinada apenas ao condenado, prestando-se, portanto, a evitar somente a reincidência, mas não a primeira prática delitiva.

Sabe-se que a aplicação da reprimenda penal somente pode ocorrer após o trânsito em julgado da sentença penal condenatória, prolatada ao final do devido processo legal ao qual o indivíduo é submetido após praticar um delito. A prática anterior de um crime é, portanto, *conditio sine qua non* para a imposição de pena de qualquer natureza. Caso o tratamento para a

pedofilia fosse implantado a título de sanção, seria necessário, sob a ótica das doutrinas de prevenção especial, aguardar que uma criança fosse vitimada para que, então, o autor fosse emendado ou neutralizado e não voltasse a delinquir.

Contudo, ao se propor a reduzir a ocorrência de infrações sexuais contra crianças e pré-adolescentes, deve-se pensar em propostas que não somente impeçam pessoas que já praticaram tais crimes de reincidir, mas que também evitem que pessoas que ainda não os praticaram, mas se encontram sob elevado risco de fazê-lo, consigam se conter e permanecer dentro dos limites impostos pela legalidade. Faz-se necessário, portanto, que as medidas de tratamento adotadas se destinem e tenham o poder de atingir toda a coletividade, não somente infratores que já tenham passagem pelo juízo criminal.

Não bastasse isso, de acordo com Ferrajoli (2002), as doutrinas utilitaristas da prevenção especial são reflexos indesejados de Estados autoritários e totalitários. Para tais doutrinas, é sobre as características pessoais do réu que recai o foco da sanção penal, e não sobre o crime propriamente dito, não obstante seja esse último o responsável por ensejar a aplicação da reprimenda. O direito penal, nesse cenário, torna-se um instrumento de transformação de indivíduos desviantes, orientado pela ideia de retribuição moral e não um instrumento de prevenção do cometimento de infrações.

Nesse sentido, nota-se que, na medida em que as doutrinas da prevenção especial concebem a prática criminosa como uma forma de patologia e a pena como uma forma de terapia capaz de proporcionar uma mudança interna, verifica-se uma nítida confusão entre direito e moral. A consequência dessa confusão é a criação de um terreno fértil para o estabelecimento de modelos de direito penal menos garantistas e menos liberais, incompatíveis com o respeito à pessoa humana e a diversidade inerente à subjetividade humana (FERRAJOLI, 2002).

Tendo sido demonstrado que as doutrinas da prevenção especial não são adequadas para justificar a imposição de um tratamento para a pedofilia como consequência necessária da condenação penal, restam somente as doutrinas de prevenção geral para amparar tal medida.

As doutrinas da prevenção geral têm, em relação às doutrinas da prevenção especial, a vantagem de dirigir as funções da pena à coletividade e aos membros da sociedade como um todo com intuito de dissuadir da prática criminosa não somente aqueles que já tenham se enveredado pelos caminhos da criminalidade anteriormente, mas também aqueles que jamais tenham se envolvido no cometimento de ilícitos penais.

Observa-se, no entanto, que as formas por meio das quais tal dissuasão é operada não vão ao encontro das características de um programa de tratamento efetivamente capaz de cumprir os objetivos de prevenção propostos.

As doutrinas de prevenção geral positiva, que buscam promover o conformismo de condutas por meio do reforço de fidelidade dos cidadãos à norma, ou seja, fortalecer a confiança dos cidadãos no Estado e no ordenamento jurídico de modo a reafirmar os valores ético-sociais vigentes, não é apta a justificar o tratamento para a pedofilia como pena. Isso porque o risco de cometer um ilícito apresentado pelo indivíduo que é portador do transtorno pedofilia não decorre da fragilidade de sua confiança na aplicação do Direito, mas de um aspecto interno e intrínseco a ele, que a aplicação e execução da reprimenda não é capaz de modificar.

Além disso, as doutrinas de prevenção geral positiva também se sujeitam à indesejada confusão entre direito e moral, conforme expõe Ferrajoli (2002, pp. 221-222):

As recentes doutrinas da prevenção geral denominada positiva seguramente confundem direito com moral, e inscrevem-se no inexaurível filão do legalismo e do estatualismo ético, conferindo às penas funções de integração social por meio do reforço geral da fidelidade ao Estado, bem como promovem o conformismo das condutas, fato que se verifica desde as doutrinas que genericamente concebem o direito penal como instrumento insubstituível de “orientação moral” e de “educação coletiva”, até a recente doutrina de Günther Jakobs, que, inspirando-se nas ideias sistêmicas de Niklas Luhmann, justifica a pena enquanto fator de coesão do sistema político-social em razão da sua capacidade de restabelecer a confiança coletiva abalada pelas transgressões, a estabilidade do ordenamento e, portanto, de renovar a fidelidade dos cidadãos no que tange às instituições.

Restam, portanto, apenas as doutrinas de prevenção geral negativa para justificar o tratamento da pedofilia a título de pena. Elas, no entanto, tampouco se revelam adequadas.

Acerca das doutrinas de prevenção geral negativa, Ferrajoli (2002, pp. 222-223) leciona que elas podem ser divididas em duas subcategorias, de acordo com a forma por meio da qual o efeito dissuasivo é produzido: “(a) as doutrinas da intimidação exercida sobre a generalidade dos associados através do exemplo fornecido pela aplicação da pena que se dá com a condenação; (b) aquelas da intimidação também voltada para a generalidade, mas, por seu turno, através da ameaça da pena contida na lei”.

No primeiro caso, os indivíduos não-delinquentes, de modo geral, sentiriam-se desencorajados de praticar uma infração penal após visualizarem as consequências que recaíram sobre aqueles que delinquiram. Ou seja, a aplicação da pena a um delinquente serviria de exemplo a todos os membros da sociedade que, então, evitariam se colocar na mesma situação e se absteriam de praticar as condutas vedadas pela legislação penal.

O efeito dissuasivo, portanto, estaria condicionado à existência de um crime anterior, praticado por um terceiro que recebeu a pena como consequência de seu comportamento. Entretanto, não é razoável exigir que uma criança seja vitimada para que seu agressor sirva de exemplo para os demais e, a partir disso, outras crianças possam ter a dignidade sexual preservada. Na medida em que o que se busca é alcançar a máxima proteção da dignidade sexual para o máximo de crianças e pré-adolescentes, não é ideal que o efeito dissuasivo dependa da ocorrência de um delito prévio.

Além disso, quando se diz que indivíduos não-delinquentes serão desencorajados a praticar um delito em razão do exemplo, parte-se do pressuposto de que a pena seja algo negativo e, portanto, algo a ser evitado, indesejado e temido. Na contramão dessa ideia, o que se busca é que o tratamento para a pedofilia seja humano e acolhedor, de modo que os pacientes se sintam estimulados a aderir as abordagens propostas, experimentando, para tanto, a disposição interna para a mudança.

O mesmo pode ser dito em relação à segunda espécie das doutrinas de prevenção geral negativa, que “conecta a função deterrente do direito penal em relação à generalidade dos associados não imediatamente ao caráter exemplar da imposição da pena, mas sim, e mediamente, à ameaça contida na lei penal que ela representa” (FERRAJOLI, 2002, p. 223).

O tratamento para a pedofilia não deve despertar temor na comunidade, fazendo com que as pessoas se sintam desestimuladas a praticar crimes sexuais contra menores em virtude do receio de serem submetidos ao tratamento. O tratamento, ao contrário, deve ser concebido como um caminho rumo à mudança e à vida normal e ativa no seio da comunidade, para que a pessoa que se sinta sexualmente atraída por crianças seja capaz de realizar suas atividades cotidianas sem representar um risco à dignidade sexual das crianças e pré-adolescentes ao seu redor. Ou seja, o tratamento deve ser percebido como algo positivo a ser buscado, não como um mal a ser afastado.

Diante da insuficiência das doutrinas de prevenção especial e geral para alicerçar o tratamento para a pedofilia como pena, nota-se que, sob a ótica utilitarista, a submissão compulsória do condenado pela prática de crimes sexuais contra menores a abordagens terapêuticas não tem razão de ser, pois não seria capaz de concretizar sua principal função: a proteção mais incisiva dos impúberes e pré-púberes e a consequente redução da incidência dos crimes sexuais contra eles. E, se não há utilidade no tratamento compulsório, ou seja, se não há um bem maior a ser percebido pela sociedade em contrapartida, então ele adquire caráter essencialmente retributivo.

Como sustenta Roxin (1997, p. 84), “a teoria da retribuição não pode mais ser apoiada cientificamente hoje”,²² uma vez que

o Estado, como instituição humana, não é capaz de realizar a ideia metafísica de justiça nem tem o direito de fazê-lo. A vontade dos cidadãos obriga-o a assegurar a coexistência do homem em paz e liberdade; está limitado a esta tarefa de proteção. A ideia de que um mal (o crime) pode ser compensado ou suprimido causando outro mal adicional (o de sofrer a pena), só é suscetível de uma crença ou fé, à qual o Estado não pode obrigar ninguém a partir do momento em que não mais recebe seu poder de Deus, mas do povo. Tampouco a tese de uma “culpa” que deve ser retribuída por si só pode justificar a pena; a culpa individual está ligada à existência de um livre arbítrio, cuja indemonstrabilidade o torna inadequado como único fundamento para a intervenção estatal.²³

Ademais, Roxin (1997, p. 84) aponta que “a execução da pena que parte do princípio da imposição de um mal não pode reparar o dano social, que muitas vezes constitui a causa do cometimento de crimes, e, portanto, não é um meio adequado de combate ao crime”.²⁴

De forma semelhante, Mir Puig (1976, p. 64) esclarece a razão pela qual as teorias retributivistas da pena não foram tão bem recepcionadas pelo direito penal:

O Direito Penal, como qualquer setor do Direito, não pode pretender estabelecer a Justiça absoluta na terra, e o contrário seria confundir suas fronteiras com as da Moral. A lei tem uma função muito mais modesta; assegurar a existência da sociedade e seus interesses. O Direito Penal contribui para essa função ao interpor os meios mais enérgicos para evitar comportamentos que comprometam seriamente esses objetivos sociais. Em outras palavras, a pena só pode ser justificada porque cumpre a função de prevenção ao crime.²⁵

Se a imposição de pena aos condenados pela prática de qualquer crime somente se justifica pelos frutos a serem colhidos no futuro, ou seja, pela prevenção da criminalidade que

²² “[...] la teoría de la retribución ya no se puede sostener hoy científicamente”.

²³ “[...] el Estado, como institución humana, no es capaz de realizar la idea metafísica de justicia ni está legitimado para ello. La voluntad de los ciudadanos le obliga a asegurar la convivencia del hombre en paz y en libertad; está limitado a esta tarea de protección. La idea de que se puede compensar o suprimir un mal (el delito) causando otro mal adicional (el del sufrimiento de la pena), sólo es susceptible de una creencia o fe, a la que el Estado no puede obligar a nadie desde el momento en que ya no recibe su poder de Dios, sino del pueblo. Tampoco la tesis de una “culpabilidad” que hay que retribuir puede fundamentar por sí sola la pena; la culpabilidad individual está ligada a la existencia de una libertad de voluntad, cuya indemostrabilidad la hace inadecuada como único fundamento de las intervenciones estatales”.

²⁴ “Una ejecución de la pena que parte del principio de la imposición de un mal no puede reparar los daños en la socialización, que a menudo constituyen la causa de la comisión de delitos, y por ello no es un medio adecuado de lucha contra la delincuencia.”

²⁵ El Derecho Penal, como todo sector del Derecho, no puede pretender establecer la Justicia absoluta sobre la tierra, y lo contrario sería confundir sus fronteras con las de la Moral. Al Derecho corresponde una función mucho más modesta; asegurar la existencia de la sociedad y sus intereses. El Derecho Penal contribuye a esa función interponiendo los medios más enérgicos para evitar las conductas que comprometen de forma más grave aquellos fines sociales. En otras palabras, la pena sólo puede justificarse porque cumple la función de prevención de delitos.

irá proporcionar e não há como sustentar sua aplicação a título de mero castigo com fim em si mesmo, então não há qualquer base teórica que ampare o tratamento compulsório da pedofilia.

Diante disso, constata-se que a melhor forma de assegurar que o tratamento profissional da pedofilia seja capaz de derrubar os números de crimes sexuais contra crianças e pré-adolescentes é garantir que ele seja oferecido de forma ampla e acessível e, sobretudo, seja de natureza voluntária. Assim, indivíduos que se autodiagnosticam como pedófilos e estejam experimentando desconforto em virtude dessa condição, bem como temendo perder o controle sobre seus desejos e impulsos e acabar praticando uma conduta criminosa, podem procurar espontaneamente o tratamento.

A adesão voluntária ao tratamento assegura que aqueles que procurarem ajuda profissional estarão verdadeiramente comprometidos com as abordagens propostas e empenhados em obter os resultados visados e efetivamente desejados pelos pacientes. Além disso, na medida em que não se condiciona a possibilidade de tratamento a uma condenação penal anterior, torna-se possível contemplar aqueles que nunca tiveram contato com a criminalidade, mas receiam incorrer no cometimento de um crime sexual caso permaneçam à mercê de seus impulsos e fantasias. Coibir a primeira prática delitiva de um indivíduo, e não apenas a reincidência daqueles que já delinquiram, significa poupar a dignidade sexual e, conseqüentemente, a infância e a inocência de diversos menores.

Faz-se necessário, todavia, mencionar que alguns estudiosos defendem que o principal obstáculo ao tratamento voluntário da pedofilia seria precisamente a adesão do próprio pedófilo às abordagens propostas, uma vez que, não raro, os portadores da parafilia não compreendem ou não aceitam a inadequação de sua inclinação sexual e não acreditam que precisam ser tratados.

Nesse sentido, o Instituto Beck de Terapia Cognitivo-Comportamental, ao traçar o perfil psicológico do pedófilo, pondera que o indivíduo acometido pela pedofilia frequentemente não experimenta desconforto decorrente de sua condição clínica, que, na realidade, é para ele uma fonte de prazer.

A mesma ideia é defendida pela psicóloga Cristiane do Amaral de Barros (2017, p. 88), que aponta que “por regra, o sujeito pedófilo não crê possuir uma patologia, não sofre ou sente desconforto com a sua conduta, não manifestando, portanto, desejo de tratamento”. Esse quadro seria consequência direta do chamado “traço egossintônico” da pedofilia, que provoca em seu portador certos sentimentos de prazer ou satisfação.

Não obstante, de acordo com Sanderson (2004, p. 26), o fato de não existir, até o momento, uma cura para a pedofilia não significa que os pedófilos não possam responder

positivamente a tratamentos que objetivem o controle de seus desejos e impulsos. Na realidade, em sentido contrário, ela afirma que “dado que uma proporção considerável de pedófilos responde ao tratamento, mais recursos devem ser disponibilizados para que possamos proteger adequadamente nossas crianças”.²⁶

Além disso, uma pesquisa conduzida por Hanson e Bussière (1998), destinada a verificar os fatores mais relevantes relacionados à reincidência em crimes sexuais, evidenciou que desvios sexuais como, por exemplo, a inclinação por crianças, foram os melhores indicadores de reincidência em crimes dessa natureza. Os estudiosos também constataram que o abandono do tratamento prescrito aos condenados pela prática de crimes (sexuais ou não) potencializa a reincidência.

Não obstante Hanson e Bussière (1998) tratem especificamente da probabilidade de reincidência, é razoável presumir que o tratamento de pessoas portadoras de algum desvio sexual, mas que nunca praticaram qualquer conduta típica, também é de singular importância para que elas não cheguem a transpor essa fronteira pela primeira vez. Essas conclusões permitem afirmar que, entre sujeitos que possuem interesses sexuais atípicos, como é o caso dos pedófilos, o tratamento ocupa um papel essencial na prevenção do cometimento de delitos sexuais.

Levando em consideração a relevância que a oferta ampla e acessível de tratamento voluntário para a pedofilia pode assumir na missão de prevenção dos crimes sexuais contra crianças e pré-adolescentes, cumpre, na sequência, conhecer e avaliar quais são as abordagens de tratamento conhecidas e empregadas de eficácia cientificamente avaliada. Objetiva-se, partir das informações coletadas sobre cada um dos métodos, identificar quais são aqueles considerados mais eficientes e adequados para serem incluídos em um programa de tratamento preventivo destinado a pedófilos.

²⁶ “Given that a considerable proportion of paedophiles do respond to treatment, more resources should be made available to enable us to adequately protect our children”.

4 TRATAMENTO DA PEDOFILIA COMO MEIO DE PREVENÇÃO: ABORDAGENS E PROTOCOLOS ATUAIS

Muito embora seja extremamente difícil abolir completamente os impulsos parafilicos, é possível, por meio da submissão de seu portador ao tratamento adequado, reduzir consideravelmente sua intensidade e frequência (MARTÍ; PÉREZ, 2000), o que, em se tratando da pedofilia, representa um importante passo na consolidação do objetivo de reduzir a incidência de crimes sexuais contra menores.

Com efeito, ao se falar em tratamento da pedofilia, não se busca a cura para a parafilia, ou seja, o desaparecimento da inclinação sexual por crianças com sua eventual substituição por inclinações sexuais típicas. O que se pretende, na realidade, é que o tratamento seja utilizado como uma ferramenta de proteção à dignidade sexual das crianças, reduzindo os riscos de que ela seja violada como consequência da falta de controle do pedófilo sobre seus desejos e impulsos. Espera-se, portanto, avaliar as possíveis abordagens a serem utilizadas com o sujeito diagnosticado com a pedofilia, para que ele consiga conviver com sua condição sem representar qualquer perigo aos menores.

De acordo com Martí e Pérez (2000, p. 556), os objetivos visados com o tratamento de indivíduos parafilicos podem ser divididos em três categorias, a depender da parafilia em questão:

1) supressão ou atenuação da sexualidade parafilica e intensificação de um comportamento sexual mais normalizado ou aceitável; 2) tentar uma melhor adaptação do sujeito à sua variante. Tende a ser absurdo quando se trata de parafilico potencialmente perigoso para outrem, mas pode ser julgado em outros mais privados, no caso do fetichismo ou do travestismo; e 3) em alguns pacientes, a parafilia está associada a disfunções sexuais, por exemplo. ex. disfunção erétil, com a qual essa disfunção sexual também se torna um propósito terapêutico. Além disso, reduzir a disfunção sexual por si só às vezes reduz os desejos sexuais incomuns, embora o efeito oposto possa ocorrer, tornando difícil encontrar a estratégia ideal.²⁷

No entanto, para que se possa identificar a abordagem terapêutica ideal, Martí e Pérez (2000, p. 556) apontam alguns critérios que devem ser levados em consideração, sendo

²⁷ “1) supresión o atenuación de la sexualidad parafilica y potenciación de una conducta sexual más normalizada o *acceptable*; 2) intentar una mejor adaptación del sujeto a su variante. Acostumbra a ser absurdo cuando se trata de parafilicos potencialmente peligrosos para los demás, pero puede intentarse en otros más *privados*, caso del fetichismo o el travestismo; y 3) en algunos pacientes, la parafilia se asocia a disfunciones sexuales, p. ej. una disfunción erétil, con lo cual esta disfunción sexual deviene también una finalidad terapéutica. Es más, en ocasiones la reducción de la disfunción sexual por sí sola disminuye los deseos sexuales desacostumbrados, si bien puede ocurrir el efecto opuesto, lo que dificulta el hallazgo de la estrategia óptima”.

necessário ter em vista, ainda, que outras condições de ordem psicológica concomitantes também devem ser tratadas:

- 1) O paciente deve estar minimamente motivado para a mudança, sem esquecer os simuladores que aderem a um tratamento simplesmente para obter certas vantagens em sua situação jurídica. É função do terapeuta diferenciar esses casos e rejeitá-los, especialmente quando se trata de tratamentos psicológicos.
- 2) Deve apresentar comportamento patológico repetido e recorrente.
- 3) O problema deve poder ser definido com critérios objetivos, precisos e observáveis.
- 4) O paciente e o terapeuta devem estruturar os objetivos do tratamento de forma concreta e específica, p. ex. Quero poder ver crianças com menos de 11 anos resistindo às minhas fantasias tentadoras.
- 5) É função do terapeuta envolver o paciente como um agente ativo de sua própria mudança; ou seja, você deve conhecer o plano de tratamento e dedicar tempo e esforço a ele. É imperativo que você mantenha um autorregistro diário. Em troca, seu terapeuta oferecerá um telefone aberto e uma consulta para atender imediatamente aos momentos de crise que antecedem o ato parafilico.
- 6) É extremamente positivo poder contar com o cônjuge como co-terapeuta, se este existir, for um colaborador e for aceito pelo paciente, soma de acontecimentos que, infelizmente, nem sempre ocorrem.²⁸

No que tange, especificamente, à pedofilia, algumas considerações devem ser efetuadas relativamente a cada um desses critérios.

Primeiramente, observa-se que, considerando a importância de o paciente estar motivado a participar do tratamento e empenhado em obter resultados efetivos, um programa de tratamento preventivo, conforme mencionado no capítulo anterior, somente será verdadeiramente eficaz caso a adesão dos participantes seja totalmente voluntária. O programa proposto, portanto, não se destina a assumir caráter de sanção penal, tampouco a receber indivíduos que foram encaminhados compulsoriamente por autoridades ou outros profissionais, mas a fornecer auxílio e respostas àqueles que, incomodados com o diagnóstico que carregam, se dispõem a buscar espontaneamente uma forma de contornar o problema.

Dentre as informações disponibilizadas pelo Instituto Beck de Terapia Cognitivo-Comportamental acerca da pedofilia, está o alerta no sentido de que comumente o pedófilo deseja se submeter a tratamentos não em razão do desconforto que sente em virtude de seu

²⁸ “1) El paciente debe estar mínimamente motivado para el cambio, sin olvidarnos de los simuladores los cuales se adhieren a un tratamiento simplemente para obtener ciertas ventajas en su situación legal. Es labor del terapeuta el diferenciar estos casos y rechazarlos, sobre todo si se trata de tratamientos psicológicos. 2) Debe experimentar conducta patológica repetida y recurrente. 3) El problema debe poder definirse con criterios objetivos, precisos y observables. 4) Paciente y terapeuta deberán estructurar las finalidades del tratamiento en forma concreta y específica, p. ej. *quiero ser capaz de ver niños menores de 11 años de edad, resistiéndome a mis fantasías tentadoras*. 5) Es labor del terapeuta el implicar al paciente como agente activo de su propio cambio; es decir, debe conocer el plan de tratamiento y dedicarle tiempo y esfuerzos. Es imprescindible que lleve un autorregistro diario. A cambio, su terapeuta ofrecerá *teléfono y consulta abiertos* para atender de inmediato los *momentos de crisis* que preceden al acto parafilico. 6) Es sumamente positivo poder contar como *co-terapeuta* a la pareja, si es que existe, es colaboradora y el paciente lo acepta, summum de acontecimientos que, desgraciadamente, no siempre ocurren”.

interesse sexual por crianças propriamente dito, mas sim do desconforto que experimenta a partir das consequências que esse interesse provoca em sua vida pessoal, tais como o isolamento social. Todavia, entende-se que, desde que sua procura por tratamento seja voluntária e que exista um interesse legítimo por parte do portador da parafilia em controlar seus impulsos e desejos pedofílicos, não é relevante se sua motivação principal for o incômodo provocado por sua inclinação sexual propriamente dita ou por seus respectivos efeitos, uma vez que, de uma forma ou de outra, o objetivo de reduzir a incidência do crime de estupro de vulnerável será alcançado.

O segundo critério elencado por Martí e Pérez (2000) concerne à imprescindibilidade de o paciente apresentar comportamento patológico repetido e recorrente. Em se tratando da pedofilia, tal exigência estará automaticamente preenchida na medida em que o próprio diagnóstico da parafilia, de acordo com a última edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-V) depende de as fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais envolvendo impúberes ou pré-púberes se prolongarem por um período mínimo de 6 (seis) meses. Ou seja, caso seu interesse sexual por crianças não seja repetido e recorrente, o indivíduo sequer poderá ser incluído na categoria dos pedófilos.

O mesmo pode ser dito em relação ao terceiro critério, relativo à possibilidade de se definir o problema por meio de requisitos objetivos, precisos e observáveis. *O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-V), na seção que aborda a pedofilia, traz os requisitos objetivos que devem ser preenchidos para que o indivíduo seja apto a receber o diagnóstico respectivo, de modo que o paciente avaliado poderá ser considerado um pedófilo caso apresente, pelo período mínimo de 6 (seis) meses, fantasias sexuais intensas e recorrentes, impulsos sexuais ou comportamento sexual dirigido a impúberes ou pré-púberes. De forma a delimitar ainda melhor o diagnóstico, é, ainda, estabelecido um critério etário, segundo o qual o pedófilo deve contar com, no mínimo, 16 (dezesesseis) anos e ser, ao menos, 5 (cinco) anos mais velho que as crianças objeto de seu desejo.

O quarto critério apontado por Martí e Pérez (2000) é de singular importância, na medida em que é o que orientará todo o processo de escolha e elaboração das abordagens a serem empregadas para que o tratamento seja eficaz. Em se tratando da pedofilia, o objetivo que se pretende com o tratamento é, precisamente, o que foi utilizado como exemplo por Martí e Pérez (2000): espera-se que o paciente seja capaz de estar na presença de crianças e conviver com crianças sem, no entanto, sentir necessidade de se envolver sexualmente com elas, mantendo, assim, sob controle seus desejos e impulsos pedofílicos. Em síntese, o objetivo

pretendido é que o pedófilo, apesar de sua parafilia incurável, não represente um risco às crianças que cruzarem seu caminho.

O quinto critério, a seu turno, destaca a importância de o paciente não ser um mero espectador de seu próprio tratamento, mas efetivamente participar de forma ativa de todas as abordagens propostas, empenhando-se pessoal e diretamente em alcançar os objetivos visados. No caso da pedofilia, é evidente que sentir interesse sexual por crianças e ser capaz de domar seus desejos e não ceder às tentações é uma missão extremamente desafiadora, na qual somente é possível obter êxito se o paciente realmente precisar empregar algum esforço para cumprir as tarefas que lhe foram passadas. Em contrapartida, é essencial que ele não se sinta desamparado nessa trajetória e possa contar com algum tipo de auxílio sempre que sentir necessidade, sobretudo nos momentos em que estiver inserido em situações tentadoras. Naturalmente, o auxílio de um profissional qualificado que detenha o conhecimento técnico para conduzir o tratamento e orientar o pedófilo se faz imprescindível não somente nessas ocasiões, mas durante todo o processo terapêutico. Isso não significa, no entanto, que o suporte de outras pessoas não seja relevante para o sucesso do tratamento. A presença e o apoio de familiares e amigos, como destacam Martí e Pérez (2000) no sexto e último critério, é um grande e positivo diferencial.

Não obstante, nem sempre o paciente pode contar com o amparo das pessoas que o cercam. Em decorrência da força do estigma da pedofilia, que potencializa o completo isolamento social de seu portador, em geral o pedófilo é excluído do seio familiar, possuindo poucos ou nenhum amigo. A circunstância de o suporte de terceiros exercer um impacto positivo sobre o tratamento – muito embora não chegue a ser uma condição *sine qua non* – somente corrobora a necessidade de superação do estigma da pedofilia para que a proteção da dignidade sexual dos menores possa se consolidar.

Em síntese, de acordo com Martí e Pérez (2000), um indivíduo que tenha sido diagnosticado como pedófilo, de acordo com os critérios trazidos pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-V), e que deseje espontaneamente ser capaz de manter seus impulsos pedofílicos sob controle, estará apto a ser tratado para tanto.

Muito embora os pesquisadores, ao traçarem o quinto e o sexto critério, refiram-se explicitamente apenas à psicoterapia como instrumento terapêutico, faz-se necessário ter em mente que as abordagens que um programa de tratamento para a pedofilia comporta são multidisciplinares.

Nesse sentido, tem-se que as principais modalidades conhecidas de tratamento das parafilias em geral correspondem à orquiectomia bilateral (ou “castração cirúrgica”,

caracterizada pela remoção dos testículos), à farmacoterapia e à psicoterapia (THIBAUT *et al.*, 2010).

A literatura especializada sugere que as abordagens de natureza psicológica devem ser aliadas às abordagens de ordem biológica, devendo os métodos, as intervenções e os medicamentos específicos a serem utilizados selecionados de acordo com as peculiaridades do quadro de cada paciente.

4.1 Abordagens de ordem biológica

Quando se fala em abordagens terapêuticas de ordem biológica, fala-se dos métodos de tratamento que provocam modificações artificiais na composição ou no funcionamento do corpo humano. Nessa categoria, inserem-se a intervenção cirúrgica denominada orquiectomia, que consiste na remoção dos testículos, e a intervenção farmacológica, que consiste na administração de substâncias de mecanismos de ação variáveis com o objetivo reduzir ou suprimir os desejos e os comportamentos sexuais. Essas abordagens são frequentemente chamadas de “castração cirúrgica” e “castração química”, respectivamente.

Silvani, Mondaini e Zucchi (2015) elucidam que o termo “castração” origina-se do nome “castor”, animal cujos testículos possuem benefícios terapêuticos que em muito incentivaram sua caça no passado. Por essa razão, o nome foi associado aos procedimentos adotados com o objetivo de controlar o desejo e os impulsos sexuais.

Faz-se necessário reconhecer, todavia, que o termo “castração” remete a um procedimento invasivo, agressivo e pouco humanizado, o que acaba transmitindo a ideia equivocada de que tais procedimentos não constituem uma forma de tratamento adequada ou até mesmo constitucionalmente viável. Diante disso, como defendem Silvani, Mondaini e Zucchi (2015), a forma mais apropriada para se referir a essa abordagem terapêutica, buscando reduzir a resistência à sua utilização, é, no caso da “castração química”, “terapia farmacológica” ou “tratamento farmacológico”. No caso da “castração cirúrgica”, o mais adequado seria se referir ao nome do procedimento, orquiectomia.

4.1.1 Orquiectomia

O procedimento de orquiectomia, comumente performedo em casos de câncer de próstata ou de câncer testicular, bem como em casos de lesão testicular, consiste na remoção

dos testículos, provocando a redução dos níveis de produção e circulação de testosterona no corpo e, conseqüentemente, inibindo os impulsos sexuais (WINSLADE *et al.*, 1997).

De acordo com Heim e Hursch (1979), o procedimento de extirpação dos testículos de seres humanos e animais sempre esteve presente ao longo da história em diversas culturas, tendo sido um dos primeiros procedimentos cirúrgicos já efetuados. Sua realização pode ser atribuída a diversas razões, inclusive sancionatórias e terapêuticas.

Nesse sentido, observa-se que, ainda na Idade Média, em observância à Lei de Talião, quem cometesse crime de estupro ou adultério era compulsoriamente submetido à intervenção cirúrgica. Há, ainda, notícia de que, na Europa, o procedimento foi realizado pela primeira vez por indicação psiquiátrica em 1892, na Suíça, e em 1906 como forma de punição de criminosos sexuais (HEIM; HURSCH, 1979).

A partir de então, esse procedimento se tornou uma prática corriqueira em diversos países europeus, tendo sido legalizado como forma de tratamento médico em 1929 na Dinamarca, em 1933 na Alemanha, em 1934 na Noruega, em 1935 na Finlândia, em 1937 na Estônia, em 1938 na Islândia e na Letônia e em 1944 na Suécia. Na Suíça, na Holanda e na Groenlândia, o tratamento cirúrgico foi realizado em pessoas encarceradas mesmo sem qualquer regulação legal do tema (HEIM; HURSCH, 1979).

Em que pese a ampla aceitação pela qual o procedimento de orquiectomia inicialmente passou enquanto forma de punir criminosos sexuais e indivíduos com desejos e comportamentos sexuais atípicos, seus aspectos éticos e legais passaram a ser questionados e, posteriormente, acabaram por fazer com que a cirurgia deixasse de ser performada com esse fim em diversos países (SUÁREZ MORENO, *et al.*, 2018).

Nesse sentido, Winslade *et al.* (1998) apontam que, não obstante existam evidências clínicas de que a orquiectomia é eficaz na prevenção da prática de crimes sexuais na medida em que proporciona a redução dos níveis de testosterona, registros históricos evidenciam que a realização do procedimento ao longo do tempo foi marcada pela violência e por diversas formas de abuso. A circunstância de a intervenção cirúrgica ter sido amplamente realizada durante o regime nazista alemão e de grande parte dos pacientes serem escravos, prisioneiros de guerra e grupos minoritários contribuiu para que muitos órgãos judiciais passassem a considerar a orquiectomia uma forma de punição cruel, rejeitando sua utilização.

Todavia, Winslade *et al.* (1998) defendem que, muito embora submissão à orquiectomia possa ser considerada uma forma de punição cruel de criminosos sexuais, não há razão para que o procedimento seja proibido quando performado não a título de sanção, mas de terapia. Nessa esteira, os autores defendem que a intervenção cirúrgica é uma opção eficaz e viável nos casos

em que haja indicação clínica para tanto e o paciente, voluntariamente e livre de qualquer forma de coação, opte por ela.

As opiniões a respeito da questão, no entanto, se dividem. Heim e Hirsch (1979), na contramão do que é defendido por Winslade *et al.* (1998), posicionam-se no sentido da insuficiência de razões idôneas que autorizem a realização do procedimento em pessoas com desejos e conduta sexual desviada. Eles asseveram que, mesmo quando efetuada supostamente para fins meramente terapêuticos, a orquiectomia representa uma forma de punição e de vingança e alertam para o problema da irreversibilidade de seus resultados, considerando que as normas e convenções sociais que regulam o comportamento sexual estão em constante modificação.

Um caso apresentado na *British Medical Journal* (BMJ) também dividiu opiniões acerca da possibilidade de realização da “castração cirúrgica” e ilustra como a polêmica em torno da questão inviabiliza a adoção desse procedimento como uma opção de tratamento para a pedofilia.

Trata-se, com efeito, do caso de “Mr. K.”, um homem de 59 (cinquenta e nove) anos de idade com um extenso histórico de reiterados crimes sexuais praticados contra crianças (inclusive contra os próprios filhos) que se iniciou quando ele ainda estava no colégio. Muito embora ele tenha sido condenado por seus delitos e permanecido encarcerado durante longos períodos de tempo, ele reiteradamente reincidia na prática das mesmas condutas todas as vezes em que foi solto.

Determinado a colocar um fim definitivo em seu comportamento e desesperado para enfim conseguir levar uma vida normal, “Mr. K.” manifestou o desejo de se submeter a uma orquiectomia, procedimento cirúrgico destinado à remoção dos testículos. Ele recusou o tratamento farmacológico com a substância goserelina que lhe foi oferecido, alegando que os resultados não seriam definitivos e, convencido de que apenas a cirurgia poderia resolver seu problema, ele ameaçou cometer suicídio caso não fosse operado, bem como entrou em greve de fome e cogitou realizar o procedimento por conta própria.

Ciente da delicada situação, John Gunn, professor do Departamento de Psiquiatria Forense do Instituto de Psiquiatria de Londres, afirmou que a “castração cirúrgica” não deveria ser considerada uma solução possível em situações como a de “Mr. K.”, na medida em que as poucas pesquisas anteriores acerca da questão produziram resultados conflitantes acerca da eficácia dessa abordagem. Além disso, Gunn afirmou existirem diversos aspectos éticos envolvidos, não havendo razão para cogitar a realização de uma intervenção cirúrgica diante da

existência de medicamentos antiandrogênicos disponíveis. Nesse sentido, ele aduziu que, se a medicação não proporcionasse os efeitos desejados, tampouco a orquiectomia o faria.

Em sentido contrário, Cook, do Departamento de Saúde Mental da Universidade de Bristol, defendeu que, embora a cirurgia de retirada dos testículos não deva ser considerada a primeira opção de tratamento de uma inclinação ou conduta sexual desviante, não há razão para não se valer dessa alternativa caso outros métodos se revelem insuficientes.

Não obstante os argumentos favoráveis à submissão livre e voluntária à orquiectomia sejam válidos, o posicionamento contrário à adoção dessa prática, ainda que a título terapêutico, é o que deve prevalecer.

Com efeito, a irreversibilidade da orquiectomia é uma circunstância que merece especial destaque. Se, por um lado, o que se busca por meio da realização do procedimento é, precisamente, uma solução permanente para os desejos e condutas sexuais que constituam crimes ou possam vir a resultar na prática de crimes, por outro, revela-se temerário submeter alguém a uma intervenção invasiva e agressiva quando existem métodos reversíveis e menos severos disponíveis.

Por essa razão, atualmente, no que tange às abordagens biológicas de combate à pedofilia, deve ser preferido o tratamento farmacológico que, além de ser adequado e proporcional aos objetivos visados, é reversível, permitindo que ajustes sejam feitos de acordo com as necessidades individuais de cada paciente. Além disso, sua reversibilidade não implica, necessariamente, no retorno dos desejos e condutas sexuais indesejadas, sendo possível obter resultados perenes por meio da continuidade da administração dos medicamentos.

4.1.2 Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico claramente é preferível em relação ao tratamento cirúrgico, mas a administração de medicamentos com o objetivo de suprimir desejos e atividades sexuais atípicas também envolve aspectos éticos que são alvo de discussão.

As principais questões éticas concernentes ao tratamento farmacológico – que se referem ao caráter punitivo que a abordagem pode assumir e à circunstância de comumente o paciente ser coagido a se submeter ao tratamento, seja pela Justiça, seja pelas pessoas com quem convive (THIBAUT *et al*, 2010) –, todavia, não se aplicam à proposta do presente trabalho.

Na medida em que o que ora se defende é a disponibilidade de programas de tratamento de adesão completamente voluntária, que o paciente pedofílico espontaneamente busca com o

objetivo de evitar incorrer em práticas criminosas, perdem espaço os problemas relativos à ausência de consentimento livre para a utilização de medicamentos e à sua natureza punitiva.

De todo modo, as condições norteadoras da utilização do tratamento medicamentoso estabelecidas no Comitê de Bioética (2006, s.p.) são aplicáveis e devem ser observadas para que um tratamento humanizado e imune a problemas de ordem ética e legal seja garantido:

- A pessoa tem um distúrbio parafilico diagnosticado por um psiquiatra após um exame psiquiátrico cuidadoso.
- O tratamento hormonal aborda sinais clínicos, sintomas e comportamentos específicos e é adaptado ao estado de saúde da pessoa.
- A condição da pessoa representa um risco significativo de danos graves à sua saúde ou à integridade física ou moral de outras pessoas.
- Não há meios de tratamento menos invasivos para prestar cuidados disponíveis.
- O psiquiatra responsável pelo paciente concorda em informar o paciente e receber seu consentimento, em assumir a responsabilidade pela indicação do tratamento e pelo acompanhamento, incluindo aspectos somáticos, com a ajuda de um endocrinologista consultor, se necessário.
- O tratamento hormonal é parte de um plano de tratamento escrito a ser revisado em intervalos apropriados e, se necessário, revisado.²⁹

Uma vez preenchidos esses pressupostos, torna-se possível, a partir das opções disponíveis, selecionar, de acordo com as necessidades e particularidades do paciente, o(s) medicamento(s) mais adequado (s).

De acordo com Garcia e Thibaut (2011), o tratamento farmacológico das parafilias pode ser realizado por meio da utilização de medicamentos de ordem hormonal, categoria na qual se inserem os antiandrogênicos, o estrogênio e os análogos aos hormônios liberadores de gonadotrofina e de medicamentos antidepressivos que englobam os antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos de recaptção da serotonina.

De forma semelhante, Holoyda e Kellaher (2016) afirmam que as três categorias de medicamentos mais comumente utilizados no tratamento dos transtornos parafilicos são os inibidores seletivos da recaptção da serotonina, os análogos aos esteróides sintéticos e os análogos aos hormônios liberadores de gonadotrofina.

²⁹ “• The person has a paraphiliac disorder diagnosed by a psychiatrist after a careful psychiatric examination. • The hormonal treatment address specific clinical signs, symptoms and behaviours and is adapted to the person’s state of health. • The person’s condition represents a significant risk of serious harm to his health or to the physical or moral integrity of other persons. • No less intrusive treatment means of providing care are available. • The psychiatrist in charge of the patient agrees to inform the patient and receive his or her consent, to take the responsibility for the indication of the treatment and for the follow-up including somatic aspects with the help of a consultant endocrinologist, if necessary. • The hormonal treatment is part of a written treatment plan to be reviewed at appropriate intervals and, if necessary, revised”.

Lucena e Abdo (2014, p. 96), não obstante, ponderam que o uso de substâncias antiandrogênicas com a finalidade de suprimir o desejo sexual de indivíduos portadores de parafilias como a pedofilia não é autorizada no Brasil, em que “a medicação autorizada para o tratamento dos transtornos parafilicos são os antidepressivos (especialmente os inibidores seletivos da recaptção de serotonina) e os neurolépticos, em doses crescentes até o controle da sintomatologia”.

Ainda assim, revela-se útil e necessário compreender o mecanismo de funcionamento e os resultados alcançados a partir da utilização de cada uma dessas substâncias com o objetivo de avaliar o potencial de contribuição de cada uma delas para o fim de potencializar o controle de desejos e impulsos sexuais pedofílicos.

4.1.2.1 Substâncias Antiandrogênicas

Martí e Pérez (2000) apontam que, relativamente à primeira categoria de medicamentos, um dos métodos bioquímicos mais pesquisados para o tratamento das parafilias é a ingestão de substâncias antiandrogênicas que atuam diretamente sobre a produção e manutenção dos níveis de testosterona no corpo humano.

De acordo com Silviani, Mondaini e Zucchi (2015), a administração de tais substâncias a indivíduos pedófilos é adequada e eficiente na medida em que proporciona a redução ou até mesmo a eliminação dos sintomas mais significativos da parafilia e dos comportamentos e desejos sexuais, mantendo sob controle o risco que os parafilicos representam às crianças. Além disso, essas substâncias são de fácil aplicação. Ademais, a pedofilia está associada a outras parafilias e apenas uma pequena porcentagem de pedófilos consegue manter seus anseios pedofílicos sob controle apenas por meio da psicoterapia, isoladamente.

Não é por outra razão que diversos pesquisadores já se propuseram, ao longo do tempo, a avaliar os efeitos do acetato de medroxiprogesterona e do acetato de ciproterona, principais substâncias antiandrogênicas utilizadas no controle das parafilias.

Com efeito, Garcia e Thibaut (2011, p. 780) elucidam que o efeito antiandrogênico do acetato de medroxiprogesterona está associado a três processos distintos:

O primeiro é a indução da enzima testosterona- α -redutase, acelerando o metabolismo e a depuração da testosterona, diminuindo assim o nível de testosterona plasmática. Em segundo lugar, a medroxiprogesterona aumenta a ligação da testosterona à globulina de ligação do hormônio testosterona, o que reduz a disponibilidade de

testosterona livre. Finalmente, a medroxiprogesterona também é capaz de se ligar aos receptores de androgênio, bloqueando assim a atividade da testosterona.³⁰

Conforme Berlin e Meinecke (1981), é precisamente o efeito redutor de testosterona desse antiandrogênico, que funciona como um supressor da libido, que potencializa o autocontrole dos portadores de parafilias, na medida em que reduz os desejos e os impulsos sexuais voltados ao objeto de preferência atípico.

Essa conclusão é corroborada pelo estudo conduzido em 1981 por Gagné Pierre, no qual 48 (quarenta e oito) homens com histórico de comportamento sexual desviante foram medicados com acetato de medroxiprogesterona e submetidos a terapia de meio (*milieu therapy*) – “a terapia de meio em psiquiatria refere-se a procedimentos direcionados à modificação da parte ambiental do processo paciente-ambiente com o objetivo de facilitar padrões mais satisfatórios de interação – ou seja, transações ou relacionamentos – nesse processo”³¹ (RIOCH; STANTON, 1953, p. 65) – por até 12 (doze) meses. Dentre eles, 40 (quarenta) responderam positivamente ao tratamento dentro de 3 (três) semanas, apresentando melhora no comportamento desviante mesmo após sua interrupção, com redução da frequência das fantasias sexuais e excitação, redução do desejo pelo comportamento sexual desviante, potencialização do controle sobre os impulsos sexuais e melhora nos aspectos psicossociais. Os resultados obtidos sugeriram que a utilização do acetato de medroxiprogesterona combinada com a submissão do paciente a acompanhamento psicológico pode ser um tratamento a longo prazo eficaz contra inclinações sexuais desviantes (PIERRE, 1981).

Resultados semelhantes foram encontrados posteriormente, em 1983, por Cordoba e Chapel, que atestaram que, após ser tratado por 500 (quinhentos) dias com acetato de medroxiprogesterona, um agressor sexual diagnosticado com pedofilia apresentou redução considerável nos níveis de testosterona e diminuição da libido, não tendo reincidido na prática de crimes sexuais.

Cordoba e Chapel (1983) ressaltam que o tratamento não foi capaz de provocar o desaparecimento da inclinação sexual pedofílica, porém o objetivo que deve ser visado com a defesa de um tratamento para a pedofilia não é a cura da parafilia – que, ao menos até o momento, parece não existir – mas sim o controle dos desejos e impulsos sexuais pelos

³⁰ “The first is the induction of testosterone- α -reductase enzyme, accelerating testosterone metabolism and clearance, thus decreasing plasma testosterone level. Secondly, medroxyprogesterone increases testosterone binding to the testosterone hormone-binding globulin, which reduces the availability of free testosterone. Finally, medroxyprogesterone is also able to bind to androgen receptors, thus blocking testosterone activity”.

³¹ “Milieu therapy in psychiatry refers to procedures directed toward modification of the environmental part of the patient-environment process with a view to facilitating more satisfactory patterns of interaction - that is, transactions or relationships - in this process”.

pedófilos para que sejam capazes de viver em sociedade sem representar um risco à dignidade sexual das crianças nela inseridas. Esse propósito, de acordo com os pesquisadores, foi atingido com êxito por meio do emprego da substância antiandrogênica.

O efeito do acetato de medroxiprogesterona sobre os sintomas de um comportamento sexual inadequado, e não sobre sua causa, também foi atestado por Light e Holroyd (2006), que verificaram a eficácia da substância no controle da conduta sexual inapropriada de 05 (cinco) pacientes com demência.

No primeiro caso, um idoso de 79 (setenta e nove) anos de idade, residente em uma casa de repouso, apresentando um quadro de demência com origem vascular e no mal de Alzheimer, e sem histórico de conduta sexual inapropriada, passou a apresentar comportamento sexual inadequado com funcionários e outros residentes. Após duas semanas utilizando o acetato de medroxiprogesterona prescrito, o paciente já não apresentava as mesmas atitudes reprováveis, que, todavia, retornaram prontamente quando, quatro meses depois, o tratamento com a substância foi interrompido.

No segundo caso, um idoso de 85 (oitenta e cinco) anos de idade, também residente em uma casa de repouso, diagnosticado com demência vascular e depressão, passou a exibir sua genitália para a filha adulta e a manter ou tentar manter contato sexual com funcionários e outros residentes da casa. Diferentemente do primeiro caso, no entanto, seu histórico de comportamento sexual não era imaculado. Muito embora não existam registros de que ele tenha tentado exibir sua nudez para a própria filha ou manter contato sexual com ela anteriormente, ele foi acusado de agredir sexualmente uma criança no passado (embora tenha sido posteriormente absolvido) e se envolveu com diversas mulheres enquanto era casado. Para conter seu comportamento inadequado, foi prescrito tratamento com acetato de medroxiprogesterona, que, assim como no primeiro caso, começou a fazer efeito em duas semanas, fazendo cessar a conduta sexual inapropriada. Após cerca de 1 (um) ano, porém, o tratamento com a substância foi descontinuado e os problemas de comportamento sexuais ressurgiram em pouco tempo.

No terceiro caso, semelhante aos demais, um idoso de 81 (oitenta e um) anos de idade, residente em uma casa de repouso, diagnosticado com demência senil decorrente do mal de Alzheimer e depressão, sem histórico de qualquer conduta sexual inadequada, passou a recorrentemente tocar os seios da filha adulta e de outras mulheres que trabalhavam e residiam na casa de repouso. Diante disso, foi prescrito o tratamento com acetato de medroxiprogesterona, cuja dose foi progressivamente elevada, até que o comportamento cessasse por completo. Por mais de 1 (um) ano o paciente permaneceu sob tratamento com a

substância antiandrogênica e não reiterou nas práticas sexuais indesejadas, tendo o uso do medicamento sido descontinuado depois que ele sofreu um acidente vascular cerebral que lhe deixou sequelas de ordem física.

No quarto e penúltimo caso, um paciente idoso de 68 (sessenta e oito) anos de idade, diagnosticado com demência vascular, foi admitido na unidade geriátrica da Universidade da Virgínia em virtude de seu comportamento sexual inadequado, que incluía se masturbar em locais públicos, agarrar os seios das funcionárias do local e subir nas camas das mulheres residentes. Tais ações, no entanto, foram quase imediatamente interrompidas depois de iniciado o tratamento com acetato de medroxiprogesterona.

Por fim, no último caso, um paciente de 81 (oitenta e um) anos de idade, que também apresentava comportamento sexual inapropriado, consistente em tocar os seios de funcionárias e residentes da casa em que vivia e manter relações sexuais com uma delas, foi tratado com acetato de medroxiprogesterona, cuja dose foi progressivamente elevada e culminou no desaparecimento completo do comportamento indesejado.

Muito embora os resultados bem-sucedidos do tratamento com acetato de medroxiprogesterona apresentados não sejam provenientes de casos de pessoas diagnosticadas com pedofilia, observa-se que, na medida em que a substância atua como um supressor da libido, ela é apta a coibir comportamentos sexuais inadequados independentemente de sua causa, pois seu efeito se dirige ao desejo e aos impulsos sexuais, não à condição que lhes dá origem.

Ressalta-se, no entanto, que os casos relatados diferem quanto à dose necessária de medicação para obtenção dos resultados pretendidos. Além disso, no primeiro caso narrado, o tratamento foi retomado após a interrupção e o reaparecimento do comportamento sexual inadequado, mas a dose administrada anteriormente não foi capaz de solucionar o problema com a mesma rapidez. Tais aspectos revelam que, apesar de a substância ter apresentado eficácia geral satisfatória no controle de práticas sexuais indesejadas e inapropriadas, qualquer tratamento que dela se utilize deverá ser elaborado e prescrito casuisticamente, de acordo com as necessidades individuais de cada paciente.

Garcia e Thibaut (2011, p. 780) apontam que o uso da medroxiprogesterona em agressores sexuais com o objetivo de coibir a reiteração delitiva “foi amplamente descrito e mais de 600 casos foram relatados entre diferentes estudos, incluindo 12 relatos de casos e 13 estudos abertos ou controlados, incluindo três estudos duplo-cegos, cruzados, comparando

medroxiprogesterona e placebo”.³² Do total de casos, 27% envolveu indivíduos diagnosticados com pedofilia, sendo que, na maioria deles, foi observada, em poucos meses, a redução do comportamento sexual em geral e o completo desaparecimento das fantasias e condutas desviantes inadequadas.

Embora os resultados sejam animadores, os estudos que investigaram a eficácia da medroxiprogesterona no tratamento das parafilias contam com diversas limitações, dentre elas a pequena quantidade de pacientes envolvidos nas pesquisas e o acompanhamento desses pacientes por um curto período de tempo, problemas que podem comprometer a obtenção de resultados que demonstrem quão eficiente a substância verdadeiramente é (GARCIA; THIBAUT, 2011).

Além disso, também pesam contra o amplo uso da medroxiprogesterona a severidade dos efeitos colaterais que podem ser apresentados por seus usuários: ganho de peso, dores de cabeça, náusea, astenia, ginecomastia, letargia, insônia, câibras nas pernas, anormalidades no espermograma, disfunção erétil, aumento da pressão arterial, ondas de calor, diabetes, cálculos biliares, aumento transitório dos níveis das enzimas hepáticas, depressão, supressão adrenal, diminuição do volume testicular, Síndrome de Cushing, fenômenos tromboembólicos e embolia pulmonar foram relatadas como potenciais consequências do uso do antiandrogênico (GARCIA; THIBAUT, 2011).

O acetato de medroxiprogesterona não é, todavia, a única substância antiandrogênica que teve seu potencial efeito controlador do desejo sexual estudado. A ciproterona, um esteroide sintético similar à progesterona, também foi testada em portadores de parafilias com o objetivo de reduzir seus impulsos sexuais e coibir práticas inadequadas e indesejadas.

Garcia e Thibaut (2011, p. 781) descrevem o mecanismo de ação da ciproterona:

A ciproterona atua através da ligação em todos os tipos de receptores androgênicos, incluindo receptores cerebrais, bloqueando a captação intracelular de testosterona e o metabolismo. Na verdade, a ciproterona é um inibidor competitivo da testosterona e da diidrotestosterona nos locais dos receptores de androgênio. Além disso, a ciproterona tem forte ação progestagênica, causando inibição da secreção de GnRH e diminuição da liberação de GnRH e LH.³³

³² “The use of medroxyprogesterone in sexual offenders has been widely described and more than 600 cases have been reported among different studies, including 12 case reports and 13 open-label or controlled studies, including three double-blind, crossover studies comparing medroxyprogesterone and placebo”.

³³ “Cyproterone acts through the binding in all types of androgen receptors, including brain receptors, blocking intracellular testosterone uptake and metabolism. Indeed, cyproterone is a competitive inhibitor of testosterone and dihydrotestosterone at androgen receptor sites. Moreover, cyproterone has a strong progestogen action causing the inhibition of GnRH secretion and a decrease in both GnRH and LH release”.

Uma pesquisa conduzida por Laschet e Laschet (1975) ao longo de 8 (oito) anos, com o objetivo de investigar a ação da ciproterona na inibição do comportamento sexual de cerca de 300 (trezentos) homens que permaneceram em tratamento por períodos variáveis de 2 (dois) meses a 8 (oito) anos, demonstrou a eficácia da substância para a redução da probabilidade de reiteração delitiva de criminosos sexuais e a redução do temor daqueles que se sentiam permanentemente receosos de performar alguma conduta sexual inadequada em algum momento.

De acordo com o relato dos pesquisadores, foi possível alcançar a inibição desejada da sexualidade em todos os participantes do estudo, tendo havido variação, entre os casos, tão somente da dosagem do medicamento que foi necessária para atingir os objetivos visados.

Os efeitos da substância também foram avaliados por Cooper e outros pesquisadores (1992), que compararam a eficácia do acetato de medroxiprogesterona e da ciproterona em um grupo de 7 (sete) pedófilos, analisando, durante 28 (vinte e oito) semanas, os relatos dos próprios pacientes, os relatos dos profissionais do hospital em que se encontravam, seus exames de falometria, seus níveis hormonais e os efeitos colaterais sofridos.

Concluiu-se, a partir dos resultados obtidos, que as substâncias não apresentaram diferenças significativas entre si, tendo ambas sido capazes de reduzir os pensamentos e as fantasias voltadas ao objeto de inclinação sexual, bem como a frequência das ereções matinais e da masturbação, assim como o prazer obtido por meio do ato. Uma redução do nível de frustração sexual também foi observada.

Em outro estudo conduzido por Cooper, Cernovsky e Magus (1992), um pedófilo foi submetido a tratamento com acetato de ciproterona e acompanhado durante 38 (trinta e oito) meses. Foi verificada a redução dos níveis de excitação sexual, de testosterona e das gonadotrofinas, enquanto o nível de prolactina foi elevado. Os efeitos redutores da libido, no entanto, desapareceram em 3 (três) semanas após a interrupção do uso do medicamento.

Os parafilicos participantes dessas pesquisas compõem os mais de 900 (novecentos) homens que, de acordo com a literatura, foram submetidos a tratamento com ciproterona. Os resultados obtidos a partir desses casos revelam que o tratamento com a substância foi capaz de, em um período de 4 (quatro) a 12 (doze) semanas, reduzir consideravelmente as fantasias sexuais parafilicas e a atividade e frequência da masturbação, além de ter proporcionado, em 80% a 90% dos pacientes, o completo desaparecimento do comportamento sexual desviante. Foi observada, ainda, uma diminuição das ereções matinais, da ejaculação e da espermatogênese (GARCIA; THIBAUT, 2011).

A eficácia da substância também foi revelada por meio do índice de reincidência dos criminosos sexuais tratados com a ciproterona que foram acompanhados por períodos de 2 (dois) meses a 4,5 (quatro e meio) anos, que se revelou aproximadamente dez vezes menor que a verificada anteriormente ao tratamento (GARCIA; THIBAUT, 2011).

É necessário ressaltar, todavia, que alguns dos estudos destinados a avaliar os impactos da ciproterona no desejo e no comportamento sexuais contam com as mesmas limitações que foram apontadas nos estudos envolvendo a medroxiprogesterona, tais como a quantidade limitada de participantes e o curto tempo de acompanhamento dos pacientes. Ademais, os possíveis efeitos colaterais decorrentes do uso do medicamento também são bastante severos, incluindo insuficiência cardíaca, a disfunção renal e fenômenos tromboembólicos (GARCIA; THIBAUT, 2011).

Ainda assim, o acetato de ciproterona “está autorizado em mais de 20 países para a moderação do desejo sexual em homens adultos e é o agente farmacológico mais amplamente estudado para o tratamento de criminosos sexuais com distúrbios parafilicos” (GARCIA et al., 2013, p. 3).³⁴

4.1.2.2 Estrogênio

Na categoria dos medicamentos utilizados para o tratamento das parafilias que atuam sobre os níveis hormonais, também se insere o estrogênio que, em 1949, foi pela primeira vez objeto de um estudo publicado (THIBAUT *et al.*, 2010).

Não obstante algumas pesquisas demonstrarem que o uso de estrogênio no controle das parafilias, em geral, é eficaz, sua utilização no tratamento dos transtornos de inclinação sexual se revela inviável diante da severidade dos efeitos colaterais provocados (GARCIA; THIBAUT, 2011). Náusea, ganho de peso, feminização, câncer de mama, doença isquêmica cardiovascular e cerebrovascular e tromboembolismo são algumas das possíveis consequências associadas ao tratamento com estrogênio (THIBAUT *et al.*, 2010).

4.1.2.3 Análogos aos hormônios liberadores de gonadotrofina

No que tange aos análogos aos hormônios liberadores de gonadotrofina, Garcia e Thibaut (2011, p. 782) explicam que sua utilização contínua provoca, dentro de poucas

³⁴ “CPA is authorized in more than 20 countries for the moderation of sexual drive in adult men and is the most widely studied pharmacological agent for treating sex offenders with paraphilic disorders”.

semanas, a redução, “a níveis de castração”, da testosterona e dos hormônios luteinizante (LH) e folículo-estimulante (FSH), que estão diretamente relacionados ao desejo e à atividade sexual:

Os análogos do GnRH são agonistas do GnRH que atuam nos receptores GnRH da hipófise. Um aumento transitório da testosterona no início do tratamento com o análogo de GnRH é causado por um aumento transitório da liberação de LH, um fenômeno denominado *flare-up*. Após esta estimulação inicial, a administração contínua do análogo de GnRH resulta em uma rápida dessensibilização dos receptores de GnRH resultando na redução de LH (e em menor extensão de FSH) e testosterona para níveis de castração dentro de 2-4 semanas. Os análogos do GnRH não interferem na ação dos andrógenos de origem adrenal. Além disso, neurônios contendo GnRH apresentam projeções em locais pituitários e extra-hipofisários, como o bulbo olfatório ou a amígdala. Nessas regiões, o GnRH analogamente pode ter uma ação neuromodulatória envolvida no comportamento sexual.³⁵

De acordo com Garcia e Thibaut (2011), a triptorelina, a leuprorelina e a goserelina são as principais medicações análogas aos hormônios liberadores de gonadotrofina disponíveis. A principal diferença entre cada uma dessas espécies concerne à dosagem e à forma de administração (THIBAUT *et al.*, 2010, p. 633):

A triptorelina é um agonista decapeptídeo sintético, análogo do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH). A triptorelina foi desenvolvida como um sal pamoato (3 mg, formulação de 1 mês ou 11,25 mg, formulação de 3 meses). Foi recentemente aprovado na Europa para a redução reversível da testosterona plasmática para níveis de castração, a fim de reduzir o impulso nos desvios sexuais de homens adultos (triptorelina LA 11,25 mg). A leuprorelina é um análogo sintético do GnRH. Foi desenvolvido diariamente como i.m. ou injeções de depósito mensais (3,75 ou 7,5 mg, formulação de 1 mês ou 11,25 mg, formulação de 3 meses). A goserelina também é um análogo sintético do GnRH. Foi desenvolvido diariamente como i.m. ou injeções mensais de depósito (3,6 ou 10,8 mg por via subcutânea).³⁶

Com o intuito de aferir a eficácia da triptorelina para abolir comportamentos sexuais desviantes, Thibaut, Cordier e Kuhn (1993) administraram a medicação a 6 (seis) homens

³⁵ “GnRH analogues are GnRH agonists acting on the pituitary GnRH receptors. A transient increase of testosterone at the beginning of GnRH analogue treatment is caused by a transitory augmentation of LH release, a phenomenon called flare-up. After this initial stimulation, continuous administration of the GnRH analogue results in a rapid desensitization of GnRH receptors resulting in reduction of LH (and to a lesser extent of FSH) and testosterone to castration levels within 2-4 weeks. GnRH analogues do not interfere with the action of androgens of adrenal origin. Moreover, GnRH containing neurons present projections into pituitary and extra-pituitary sites, such as the olfactory bulb or the amygdala. In these regions, GnRH analogously may have a neuromodulatory action involved in sexual behavior”.

³⁶ “Triptorelin is a synthetic decapeptide agonist, analogue of the gonadotropin-releasing hormone (GnRH). Triptorelin was developed as a pamoate salt (3 mg, 1 month formulation or 11.25 mg, 3 month formulation). It was recently approved in Europe for the reversible decrease in plasma testosterone to castration levels in order to reduce drive in sexual deviations of adult men (triptorelin LA 11.25 mg). Leuprorelin is a synthetic analogue of GnRH. It was developed as daily i.m. or monthly depot injections (3.75 or 7.5 mg, 1 month formulation or 11.25 mg, 3 month formulation). Goserelin is also a synthetic analogue of GnRH. It was developed as daily i.m. or monthly depot injections (3.6 or 10.8 mg subcutaneously)”.

diagnosticados com parafilias severas, a saber, pedofilia e exibicionismo. Dentre eles, 5 (cinco) apresentaram redução significativa das fantasias e atividades sexuais e extinção completa de qualquer comportamento sexual desviante, resultados que podem ser atribuídos à acentuada diminuição dos níveis de testosterona. Durante todo o período de uso da substância, os efeitos relatados foram mantidos, tendo um dos pacientes, todavia, recaído em 10 (dez) semanas após a interrupção do tratamento.

A conclusão obtida por Thibaut, Cordier e Kuhn (1993, p. 450), ao final, foi no sentido de que “o uso de GnRHa (que leva à castração reversível) para suprimir o comportamento sexual desviante pode constituir um tratamento promissor do comportamento parafílico e favorecer a possibilidade de psicoterapia concomitante”.³⁷

Com o mesmo objetivo, Rösler e Witztum (1998) submeteram 30 (trinta) homens – sendo 25 (vinte e cinco) deles diagnosticados com pedofilia e 5 (cinco) com outras formas de inclinação sexual atípica – a tratamento com injeções mensais da substância associada à psicoterapia por um período de 8 (oito) a 42 (quarenta e dois) meses.

Os resultados obtidos a partir da avaliação mensal dos participantes do estudo apontaram que, durante o tratamento, todos eles apresentaram, dentro de um período de 3 (três) a 10 (dez) meses, redução das fantasias e desejos sexuais, bem como a redução dos episódios de manifestação de comportamento sexual inadequado. Do total de participantes, 24 (vinte e quatro) continuaram o tratamento por, no mínimo, 1 (um) ano, tempo pelo qual as aludidas reduções subsistiram.

A partir disso, Rösler e Witztum (1998) concluíram pela possibilidade de a administração da triptorelina concomitante à psicoterapia consistir um tratamento eficaz para o controle das parafilias, inclusive a pedofilia.

Recentemente, Hoogeveen e Van der Veer (2008) avaliaram os efeitos da administração de triptorelina em um pedófilo de 35 (trinta e cinco) anos de idade que também sofria de deficiência intelectual e alcoolismo, durante 37 (trinta e sete) meses. Tratamentos anteriores já haviam se revelado ineficazes, mas a Triptorelina foi capaz de reduzir consideravelmente os níveis de testosterona do paciente e suas fantasias sexuais atípicas.

Hoogeveen e Van der Veer (2008) alertaram, no entanto, para os efeitos colaterais provocados. Após 37 (trinta e sete) meses, uma intensa desmineralização óssea fez com que o tratamento do paciente em estudo fosse interrompido, o que provocou o retorno de suas

³⁷ “The use of GnRHa (which leads to reversible castration) to suppress deviant sexual behavior may constitute a promising treatment of paraphilic behavior and favor the possibility of concurrent psychotherapy”

fantasias sexuais desviantes. Ondas de calor e disfunção erétil também foram efeitos colaterais observados durante o período de acompanhamento.

A leuprorrelina também teve seu efeito contra comportamentos parafilicos testado. Rousseau *et al.* (1990) trataram um indivíduo exibicionista de 35 (trinta e cinco) anos de idade com leuprorrelina combinada com um antiandrogênico durante 26 (vinte e seis) semanas. Foi observado que as atividades sexuais desviantes cessaram por completo após um período de 2 (duas) a 4 (quatro) semanas de tratamento, bem como houve significativa redução das fantasias e atividades sexuais, inclusive a masturbação. Não foram relatados efeitos colaterais severos.

Dickey (2002) também atestou a eficácia da leuprorrelina após acompanhar, durante 10 (dez) anos, um paciente diagnosticado com múltiplas parafilias e hipersexualidade que, no período compreendido entre 1992 e 2002, foi tratado com a substância e teve seu comportamento sexual desviante suprimido com êxito.

Todavia, diferentemente do caso anterior, em que não foram relatados efeitos colaterais mais graves, nesse estudo foi possível observar, dado o extenso período pelo qual o paciente foi acompanhado, a ocorrência de desmineralização óssea, que foi posteriormente tratada por meio da administração de cálcio e vitamina D.

Ainda, Schober *et al.* (2005) acompanharam, durante 24 (vinte e quatro) meses, um grupo de 5 (cinco) pedófilos, aos quais foi administrado, nos primeiros 12 (doze) meses, acetato de leuprolida e, nos 12 (doze) meses subsequentes, um placebo. Durante os 24 (vinte e quatro) meses, os pacientes também se submeteram a psicoterapia cognitivo-comportamental.

A avaliação dos participantes do estudo foi realizada a cada 3 (três) meses por meio da aferição de seus níveis de testosterona, do tempo de reação visual, da tumescência peniana e do desejo e impulsos sexuais dirigidos a crianças e a frequência de masturbação mediante pensamentos e fantasias envolvendo crianças.

Notou-se que, durante os meses de uso do acetato de leuprolida, a quantidade de testosterona diminuiu significativamente, atingindo “níveis de castração”, e a tumescência peniana também foi reduzida de modo relevante, embora tenha continuado a ser possível identificar a inclinação sexual pedofílica, assim como ocorreu com o tempo de resposta visual. Perguntados, os pacientes relataram diminuição da frequência com que experimentavam impulsos pedofílicos ou se masturbavam pensando em crianças. Após a substituição da administração do acetato de leuprolida pelo placebo, no entanto, os níveis de testosterona e de excitação sexual retornaram aos valores basais.

O estudo sugere, portanto, que não obstante a inclinação sexual pedofílica propriamente dita não tenha sido modificada em nenhuma fase do tratamento, a supressão do comportamento

derivado dessa inclinação sexual pode ser alcançada por meio da administração do acetato de leuprolida concomitantemente à submissão à psicoterapia cognitivo-comportamental. Atestam Schober *et al.* (2005, p. 704), nesse sentido, que “dados fisiológicos objetivos demonstraram que o acetato de leuprolida foi eficaz na supressão de impulsos e masturbação em agressores pedofílicos de alto risco”³⁸.

A goserelina, a seu turno, segundo Brahams (1988), foi utilizada, ainda de forma experimental, em 1987, com o objetivo de coibir a reincidência em crimes sexuais por parte de um jovem de 27 (vinte e sete) anos que já havia sido condenado 16 (dezesesseis) vezes pela prática de delitos dessa natureza e, espontaneamente, procurou ajuda psiquiátrica com o objetivo de suprimir seus desejos e impulsos.

Inicialmente, o paciente foi tratado com acetato de ciproterona – que, no entanto, não produziu resultados –, e, na sequência, com elevadas doses de medroxiprogesterona, que proporcionaram alguma diminuição em seus anseios, mas não foram suficientes para que ele deixasse de temer a reiteração em crimes sexuais.

Diante da falta de êxito dos medicamentos antiandrogênicos, o psiquiatra responsável pelo tratamento, buscando uma alternativa, propôs administrar no paciente injeções mensais de goserelina. Obtido seu consentimento, o paciente recebeu a primeira injeção do medicamento em 8 de julho de 1987, logo após o que os impulsos sexuais que o inquietavam cessaram.

Lamentavelmente, não obstante o jovem tenha se mostrado satisfeito com o resultado obtido e manifestado seu desejo de dar continuidade ao tratamento, a *Mental Health Act Commission* (MHAC) se negou a fornecer a certificação necessária para que a goserelina continuasse a ser administrada com o objetivo de controlar os desejos sexuais do paciente, o que o obrigou a recorrer ao Poder Judiciário para buscar a necessária autorização.

Estudos avaliando a eficácia de todos os análogos aos hormônios liberadores de gonadotrofina simultaneamente também foram publicados.

Czerny *et al.* (2002), ao avaliarem os tratamentos de ordem hormonal utilizados com indivíduos parafilicos em clínicas psiquiátricas forenses alemãs, constataram a eficácia da triptorelina, da leuprorrelina e da goserelina na redução de fantasias e atividades sexuais.

A partir de um levantamento realizado pelos pesquisadores, foi verificado que, dentre os 474 (quatrocentos e setenta e quatro) pacientes que se encontravam nas instituições em virtude do cometimento de crimes sexuais, 29 (vinte e nove) receberam medicação antiandrogênica e 29 (vinte e nove) receberam análogos aos hormônios liberadores de

³⁸ “Objective physiologic data demonstrated that LA was efficacious in suppressing urges and masturbation in high- risk pedophilic offenders”

gonadotrofina, sendo que de 16% a 28% deles foram diagnosticados com pedofilia, enquanto os demais se enquadravam no diagnóstico de parafilias diversas ou transtornos de personalidade.

Dentre os 29 (vinte e nove) pacientes medicados com análogos aos hormônios liberadores de gonadotrofina, 19 (dezenove) disponibilizaram a resposta ao tratamento, sendo 11 tratados com leuprorelina, 5 tratados com goserelina e 3 tratados com triptorelina. Os resultados obtidos demonstraram que 67% dos pacientes relataram diminuição das condutas sexuais desviantes e 61% relataram diminuição das fantasias sexuais desviantes, enquanto 17% relataram não ter percebido qualquer mudança.

Os principais efeitos colaterais identificados foram o ganho de peso, as ondas de calor, a letargia e a ginecomastia, efeitos relatados por 21% dos pacientes. Efeitos menos comuns como alterações na pressão sanguínea (11%), hipogonadismo (5%) e diminuição da densidade mineral óssea (5%) também foram observados.

Czerny *et al.* (2002, p. 106) apontam, a partir dos resultados obtidos, que os medicamentos análogos aos hormônios liberadores de gonadotrofina “parecem ser uma alternativa promissora à PCR [medicação antiandrogênica] e complicações médicas podem ser evitadas por indicação diferenciada, testes de triagem e testes programados durante o uso”.³⁹

4.1.2.4 Antidepressivos

Consoante lecionam Garcia e Thibaut (2011, p. 776), o uso de medicamentos antidepressivos com fins de controle e tratamento dos transtornos parafilicos encontra amparo em três linhas argumentativas distintas: “(i) a hipótese da monoamina; (ii) comorbidades associadas às parafilias; e (iii) similaridades entre os transtornos do espectro obsessivo-compulsivo e as parafilias”.⁴⁰

Nesse sentido, de acordo com estudos pré-clínicos realizados com ratos, as monoaminas podem interferir no comportamento sexual, tendo os resultados obtidos nas pesquisas demonstrado que a injeção de serotonina nos animais provocou um prejuízo no comportamento sexual masculino, enquanto a diminuição da serotonina no cérebro dos ratos facilitou sua atividade copulatória. Na mesma esteira, estudos clínicos demonstraram que os antidepressivos

³⁹ “LHRH- agonists seem to be a promising alternative to CPA and medical complications could be prevented by differentiated indication, screening tests and scheduled testing during use”.

⁴⁰ “(i) the monoamine hypothesis; (ii) comorbidities associated with paraphilias; and (iii) similarities between obsessive-compulsive spectrum disorders and paraphilias”.

da classe dos inibidores seletivos de recaptação de serotonina podem prejudicar as funções ejaculatória e erétil e inibir o desejo sexual, a depender da dose administrada (GARCIA; THIBAUT, 2011).

De modo semelhante, pesquisadores também sugeriram a existência de conexão entre a desregulação dos níveis de serotonina e as comorbidades mais frequentemente encontradas em indivíduos parafilicos, como transtornos de ansiedade e depressão, bem como de semelhanças entre os transtornos parafilicos e os transtornos obsessivos-compulsivos (GARCIA; THIBAUT, 2011).

A partir de tais dados, acredita-se que os medicamentos antidepressivos possam ser administrados com o objetivo de suprimir desejos e fantasias sexuais atípicas, bem como evitar comportamentos sexuais desviantes e indesejados. Para tanto, foram investigadas duas espécies distintas de antidepressivos: os antidepressivos tricíclicos e os inibidores seletivos de recaptação da serotonina (SSRIs).

A administração dos antidepressivos tricíclicos para controle das parafilias foi investigado precisamente em virtude de algumas parafilias guardarem semelhanças com os transtornos obsessivos-compulsivos e pelo fato dessa classe de medicamentos, em especial a clomipramina, ser eficaz no tratamento desses transtornos (GARCIA; THIBAUT, 2011).

A eficácia dos antidepressivos tricíclicos no tratamento de portadores de parafilias foi verificada por Wawrose e Sisto (1992), que relataram o caso de um homem com histórico de exibicionismo que, após um período de 3 (três) a 4 (quatro) semanas de uso diário de clomipramina, apresentou considerável diminuição do desejo de praticar comportamentos exibicionistas, bem como relatou prejuízo à sua capacidade de ejaculação e diminuição da intensidade de seus orgasmos durante a masturbação.

Não obstante, Garcia e Thibaut (2011) ressaltam que o uso da clomipramina acabou ficando limitado em virtude de seus efeitos adversos relatados e da constatada eficácia dos inibidores seletivos de recaptação da serotonina (SSRIs) no tratamento das parafilias.

Sobre essa categoria de medicamentos, Thibaut *et al.* (2010) apontam que a viabilidade de sua administração a criminosos sexuais com o objetivo de controlar seu comportamento está amparada por diversas evidências: a primeira delas concerne à conexão existente entre os comportamentos sexuais e a serotonina e os receptores cerebrais do tipo 5HT. Com efeito, pesquisas realizadas com animais demonstraram que o aumento da atividade dos receptores 5HT está associado à redução dos comportamentos sexuais e que o aumento dos níveis de serotonina no hipotálamo e no córtex pré-frontal está relacionado, respectivamente, à diminuição da motivação sexual e do sinal de testosterona e à potencialização do controle de

impulsos e da resiliência emocional. Ademais, a pedofilia, especificamente, foi relacionada a níveis anormais de atividade dos receptores 5HT pré-sinápticos e de regulação dos receptores 5HT2A pós-sinápticos.

Receptores 5HT desregulados também foram correlatados a problemas como a impulsividade antissocial, a ansiedade, a depressão e a hipersexualidade, sendo que o uso da categoria de antidepressivos em questão se revelou eficaz na redução da impulsividade. Além disso, indivíduos portadores de parafilias comumente são concomitantemente portadores de outros transtornos que também precisam ser tratados, de maneira que os inibidores seletivos de recaptação da serotonina (SSRIs) são especialmente úteis. O efeito benéfico desses medicamentos também recai sobre os frequentes sentimentos experimentados por essas pessoas, como a solidão e o medo da intimidade (THIBAUT *et al.*, 2010).

Outra evidência que corrobora a utilização dos inibidores seletivos de recaptação da serotonina (SSRIs) no controle de impulsos parafilicos é sua eficácia no tratamento de outros transtornos que guardam semelhanças com os transtornos parafilicos, assim como verificado em relação aos antidepressivos tricíclicos (THIBAUT *et al.*, 2010).

Por fim, Thibaut *et al.* (2010) apontam que os inibidores seletivos de recaptação da serotonina (SSRIs) podem aumentar os níveis da neurotrofina BDNF, o que potencializa a plasticidade neuronal e possibilita a mudança de comportamento. Por essa razão, a administração de medicamentos dessa ordem pode intensificar os resultados da terapia cognitivo-comportamental e de outras abordagens que tenham por objetivo moldar a personalidade e reparar déficits decorrentes de traumas e problemas na infância.

De fato, na esteira de todas essas evidências, Garcia e Thibaut (2011) defendem que os estudos destinados a avaliar a eficácia dos inibidores seletivos de recaptação da serotonina (SSRIs) no tratamento de parafilias, em que pese a existência de limitações metodológicas, revelam resultados promissores.

A fluoxetina e a sertralina são os mais conhecidos e investigados medicamentos inibidores seletivos de recaptação da serotonina (SSRIs) e a aceitação e adesão ao tratamento em que tais fármacos são utilizados são maiores do que as que se verificam nos tratamentos hormonais. Com efeito, Fedoroff (1995) analisou os registros de 100 (cem) casos de criminosos sexuais recolhidos em uma instituição que foram acompanhados pelo período mínimo de 1 (um) ano e tiveram a oportunidade de escolher entre o tratamento com inibidores seletivos de recaptação da serotonina (SSRIs) e o tratamento com o antiandrogênico acetato de medroxiprogesterona. Ele verificou que 51% dos pacientes optaram pelo tratamento com

antidepressivos, enquanto somente 1% optou por receber a medicação antiandrogênica, o que, a princípio, sugere preferência pelo primeiro quando há possibilidade de escolha.

A utilização da fluoxetina no tratamento das parafilias foi testada por Bianchi (1990), que a ministrou a um homem de 32 (trinta e dois) anos diagnosticado com esquizofrenia, que tentou o suicídio em virtude de estar experimentando fantasias consistentes em práticas exibicionistas diante de seus filhos menores. Levando em consideração a semelhança de seu transtorno exibicionista ao transtorno obsessivo-compulsivo, o paciente foi tratado com fluoxetina, medicamento utilizado em quadros de obsessão-compulsão, respondendo positivamente à intervenção medicamentosa.

Perilstein, Lipper e Friedman (1991) alcançaram resultados semelhantes ao tratarem 3 (três) homens parafílicos com fluoxetina. Um homem de 26 (vinte e seis) anos experimentando fantasias pedofílicas, um homem de 30 (trinta) anos com histórico de exibicionismo e um homem de 28 (vinte e oito) anos apresentando voyeurismo e frotteurismo relataram redução de seus impulsos sexuais parafílicos com o uso do medicamento.

Ainda, objetivando avaliar os efeitos da sertralina e da fluoxetina, antidepressivos da classe dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (SSRIs), no tratamento de parafilias e de transtornos associados a parafilias, Kafka (1994) conduziu uma pesquisa na qual participaram 24 (vinte e quatro) homens, sendo 13 (treze) portadores de parafilias e 11 (onze) portadores de transtornos relacionados a parafilias.

Após receberem sertralina por ao menos 4 (quatro) semanas, 11 (onze) dentre os 24 (vinte e quatro) pacientes relataram significativa melhora dos sintomas concernentes às suas respectivas condições, enquanto 10 (dez) deles relataram que não perceberam qualquer mudança positiva de relevância ou até mesmo observaram uma piora em sua condição. Diante disso, 9 (nove) desses pacientes foram medicados com fluoxetina, tendo 6 (seis) deles relatado que experimentaram efeitos clinicamente relevantes. Ao final, 17 (dezesete) dos 24 (vinte e quatro) participantes do estudo receberam no mínimo 1 (um) tipo de fármaco inibidor seletivo de recaptção de serotonina (SSRIs) e perceberam efeitos significativos que, em alguns casos, chegaram a durar mais de 1 (um) ano.

Ressalvadas as limitações do estudo – como a inexistência de um grupo de controle para fins comparativos, o fato de os medicamentos terem sido administrados por um único pesquisador e de forma não-cega, o tempo insuficiente de observação dos participantes medicados para o alcance de conclusões seguras e, ainda, a possibilidade de os efeitos verificados serem fruto de tratamentos psicoterapêuticos anteriores, e não dos medicamentos – os resultados obtidos sugerem que a fluoxetina e a sertralina podem ser importantes aliados no

tratamento de parafilicos e portadores de transtornos associados que não apresentem comportamento violento, bem como de criminosos sexuais parafilicos que desejem controlar seus impulsos sexuais e estejam dispostos a se comprometer com o tratamento.

Semelhante conclusão foi alcançada por Greenberg *et al.* (1996), que realizaram um estudo retrospectivo com o objetivo de comparar a eficácia de três antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (SSRIs) no tratamento de transtornos parafilicos: a fluvoxamina, a fluoxetina e a sertralina.

O estudo retrospectivo, que durou 12 (doze) semanas, avaliou os registros de 58 (cinquenta e oito) homens – dos quais 74.1% foram diagnosticados com pedofilia – tratados na Clínica de Comportamentos Sexuais do *Royal Ottawa Hospital* no período compreendido entre 1991 e 1995. Apurou-se que 17 (dezessete) pacientes foram tratados com fluoxetina, 25 (vinte e cinco) com sertralina e 16 (dezesseis) com fluvoxamina, sendo que 79% dos pacientes foram concomitantemente submetidos a algum tipo de tratamento psicossocial.

Os resultados dos medicamentos administrados foram avaliados periodicamente, após 4 (quatro), 8 (oito) e 12 (doze) semanas do início do tratamento. Os efeitos colaterais relatados foram insônia, ejaculação retardada, dor de cabeça, sonolência, diminuição da libido, diarreia, náusea e visão embaçada, sendo que não foram constatadas diferenças significativas entre os efeitos atribuídos a cada um dos medicamentos e que, no decorrer das semanas, o percentual de pacientes que apresentaram ao menos um efeito colateral caiu gradualmente.

Com o passar das semanas, também foi observada a redução gradual da quantidade de pacientes que relataram estar experimentando fantasias sexuais parafilicas, sendo que 75.9% o fizeram no início do estudo, 57.7% na quarta semana, 57.5% na oitava semana e 30.8% na décima segunda semana após o começo do tratamento. A intensidade dessas fantasias, bem como sua frequência, também diminuiu de forma significativa e gradual ao longo das 8 (oito) primeiras semanas de tratamento.

Diante disso, Greenberg *et al.* (1996) concluíram que não foram verificadas diferenças significativas entre os três medicamentos testados, que, apesar das limitações do estudo retrospectivo, aparentam ser igualmente eficazes na redução das fantasias sexuais parafilicas.

A utilização da sertralina no tratamento farmacológico das parafilias também foi analisada por Chow e Choy (2002), que, de forma inédita, administraram o medicamento a uma mulher diagnosticada com pedofilia de acordo com os critérios traçados na 4ª edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)*.

De acordo com o estudo, a paciente “Ms. A.”, de 23 (vinte e três) anos e mãe solteira de duas crianças, foi condenada duas vezes pela prática de delitos de natureza sexual contra

impúberes. Suas vítimas foram duas meninas de 4 (quatro) anos de idade que estavam sob seus cuidados, com as quais performou atos como sexo oral e carícias na genitália. Ela também relatou experimentar fantasias sexuais envolvendo meninas de tenra idade e, inclusive, se masturbar com base nelas, bem como se sentir sexualmente excitada por algumas crianças com as quais se deparava casualmente.

“Ms. A.” afirmou se sentir envergonhada por sentir interesse sexual em crianças e afirmou tentar suprimir seus desejos, tendo concordado em receber 50mg de sertralina diariamente com o objetivo de controlar seu comportamento parafilico. Durante os 12 (doze) meses em que se submeteu ao tratamento, a paciente não experimentou efeitos colaterais e relatou que seu desejo sexual por crianças se tornou menos intenso e menos frequente, sendo facilmente controlado nas oportunidades em que surgia.

É de se destacar, ainda, que outros traços apresentados por “Ms. A.”, tais como explosões de raiva e descontrole financeiro com gastos exagerados e impulsivos, não obstante não tenham sido atribuídos a qualquer outro transtorno, também melhoraram depois de iniciado o tratamento com sertralina.

Uma vez mais, o estudo, na medida em que não foi controlado e foi realizado com uma única paciente, é limitado e seus resultados devem ser interpretados com cautela, não tendo restado claro se o medicamento atuou sobre a parafilia e sobre a impulsividade, conjuntamente, ou se a melhora nos comportamentos parafilicos foi mera consequência da melhora da impulsividade. Tampouco se pode constatar de maneira definitiva se as melhorias observadas foram fruto exclusivamente da sertralina ou também da maior proximidade com a qual a paciente foi supervisionada.

Ainda assim, Chow e Choy (2002, p. 215) concluem que “a resposta clínica da Ms. A à sertralina sugere que ela e outros SSRIs podem ser um tratamento eficaz para pedofilia e outros comportamentos impulsivos em agressores do sexo feminino”.⁴¹

4.2 Abordagens de ordem psicológica

Quando se fala em tratamento psicoterapêutico da pedofilia e das parafilias em geral, é comum que se pense que o indivíduo diagnosticado passará por sessões de terapia com o objetivo de modificar suas inclinações sexuais, ou seja, de deixar de preencher os requisitos

⁴¹ “Ms. A’s clinical response to sertraline suggests that it and other SSRIs may be an effective treatment for pedophilia and other impulsive behaviors in female offenders”.

elencados no *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (DSM) que possibilitam a identificação da parafilia.

Na realidade, todavia, na medida em que não se conhece, ao menos até o momento, qualquer tratamento – seja psicoterapêutico, seja farmacológico – que possibilite a reversão do diagnóstico de pedofilia, o objetivo da psicoterapia, assim como de outras abordagens de tratamento consiste principalmente em trabalhar a visão do parafilico acerca de sua própria condição e proporcionar maior controle sobre seus impulsos e comportamentos de modo a evitar suas manifestações no mundo externo, ainda que o interesse sexual atípico permaneça presente internamente.

Como sintetizam Hall e Hall (2007, p. 465), “atualmente, muito do foco do tratamento pedofílico é impedir mais ofensas contra crianças, em vez de alterar a orientação sexual do pedófilo em relação às crianças”.⁴²

O êxito da psicoterapia, com o alcance dos objetivos visados, porém, depende de alguns aspectos centrais, cuja ausência pode culminar em prejuízo do comprometimento do paciente com o tratamento e do seu progresso pessoal.

Nesse sentido, Merry, Muslihah e Wihastuti (2020, p. 87) defendem que

O sucesso da terapia é fortemente influenciado por uma articulação multidisciplinar, incluindo a ação de um terapeuta especialista que tenha as habilidades e conhecimentos no processo do terapeuta líder e a seriedade do paciente / perpetrador de pedofilia em seguir o processo terapêutico até a conclusão para produzir um mudança de comportamento e cognitiva.⁴³

Assim, inicialmente, faz-se necessário assegurar que a postura e as características do profissional a conduzir a psicoterapia sejam adequadas, de modo que o paciente seja capaz de nutrir uma visão positiva sobre ele e com ele construir uma relação de confiança. Por outro lado, é necessário que os procedimentos terapêuticos eleitos e empregados pelo profissional sejam adequados e capazes de produzir respostas positivas. Em síntese, “procedimentos eficazes nas mãos de terapeutas qualificados devem maximizar os benefícios do tratamento” (MARSHALL *et al.*, 2003, p. 206).⁴⁴

⁴² “Atualmente, muito do foco do tratamento pedofílico é impedir mais ofensas contra crianças, em vez de alterar a orientação sexual do pedófilo em relação às crianças”.

⁴³ “The success of therapy is strongly influenced by a multidisciplinary joint, including the action of a specialist therapist who has the skills and knowledge in the lead therapist process and the seriousness of the patient/perpetrator of pedophilia to follow the therapeutic process until complete to produce a change of behavior and cognitive”.

⁴⁴ “[...] effective procedures in the hands of skilled therapists should maximize treatment benefits”.

Acerca do primeiro aspecto, concernente à figura do terapeuta e à sua relação com o paciente, Marshall *et al.* (2003) apontam que o estilo e as habilidades do profissional influenciam diretamente na eficácia da psicoterapia na medida em que são decisivas para que o paciente se dedique e se comprometa verdadeiramente com o tratamento. Estudos sugerem, inclusive, que os pacientes consideram mais importante que a própria técnica psicoterapêutica ter alguém de confiança com quem conversar e que possa lhes proporcionar compreensão (MARSHALL *et al.*, 2003).

Assim, a obtenção de resultados positivos com o tratamento psicoterapêutico está diretamente relacionada à capacidade do terapeuta de “criar uma aliança apropriada com o paciente, gerar uma crença no paciente da possibilidade de mudança, fornecer a oportunidade de aprender, proporcionar uma expectativa em seus pacientes de que obterão benefícios e envolvê-los emocionalmente” (MARSHALL *et al.*, 2003, p. 208).

A partir disso, Marshall *et al.* (2003) apontam que, de acordo com os principais estudos e pesquisas que abordaram a temática, o terapeuta, para que os objetivos visados com o tratamento sejam alcançados, deve ser empático, atento, genuíno, confiante, caloroso, flexível, confiável, respeitoso, diretivo, recompensador, revelador e emocionalmente responsivo, além de fazer perguntas abertas ao paciente, incentivar sua participação, fornecer apoio, utilizar o humor em suas abordagens e proporcionar ao paciente expectativas positivas acerca da psicoterapia.

Por outro lado, de acordo com os pesquisadores, a eficácia da estratégia psicoterapêutica pode ser comprometida caso o terapeuta se revele desonesto, crítico, autoritário, rígido, sarcástico, frio, hostil, desinteressado, nervoso, defensivo e não-responsivo, bem como se confrontar o paciente de forma agressiva, demonstrar desconforto com momentos de silêncio, tentar manipular o paciente, não esperar por suas respostas, emitir julgamentos, demonstrar rejeição ou problemas com limites em relação ao paciente e demonstrar necessidade de ser gostado.

Todavia, pouco importa que o profissional possua todas as características concebidas como positivas e evite os comportamentos tidos como negativos se a visão do paciente a seu respeito não for compatível com a forma como ele procura se apresentar.

Nesse sentido, Bennun *et al.* (1986), ao avaliarem, no âmbito da terapia comportamental, a percepção do paciente sobre o terapeuta, e vice-versa, obtiveram resultados que indicaram que os comportamentos e táticas utilizadas pelo terapeuta na interação com o paciente são relevantes para o tratamento, razão pela qual os profissionais de terapia

comportamental deveriam, inclusive, ser instruídos e treinados levando em consideração tal aspecto.

De modo semelhante, Heppner e Claiborn (1989), ao efetuarem a revisão de pesquisas que avaliaram a terapia como forma de influência social, relataram que estudos de campo indicaram que a habilidade, atratividade e confiabilidade do terapeuta percebidas pelo paciente se relacionam à sua satisfação e resposta ao tratamento.

Na mesma esteira, Saunders (1999), após realizar um estudo com 268 (duzentos e sessenta e oito) pacientes de psicoterapia – que foram convidados a preencher relatórios sobre suas sessões de terapia e tê-los comparados com seus prontuários – concluiu que o estado emocional dos pacientes durante a sessão tem influência direta sobre a forma como eles avaliam a qualidade do encontro com o terapeuta, o que, conseqüentemente, influencia o resultado final do tratamento.

Assim, os pacientes que classificaram a postura do terapeuta como interessada e alerta, que experimentaram uma afeição mútua e relataram se sentir confiantes, esperançosos, aliviados e menos inibidos durante a sessão apresentaram melhores resultados ao final. Esse resultado sugere que

o sucesso do tratamento depende do cliente implementar voluntariamente seu respectivo papel; isto é, um cliente bem-sucedido não se sentirá inibido, mas, em vez disso, estará aberto ao processo terapêutico. Da mesma forma, sugere que uma terapia eficaz está ocorrendo quando o terapeuta é percebido como confiante e interessado (SAUNDERS, 1999, p. 603).⁴⁵

Não obstante, de acordo com Marshall *et al.* (2003), também assume especial relevância no tratamento psicoterapêutico a relação que é construída entre o terapeuta e o paciente, que nada mais é que o resultado das características apresentadas pelo profissional em conjunto com a forma como o paciente o percebe.

A esse respeito, observa-se que a qualidade da relação entre o profissional e o paciente é determinante para a avaliação que o paciente faz do tratamento, assumindo, para o indivíduo tratado, uma importância maior que a própria abordagem técnica adotada (MARSHALL *et al.*, 2003).

Martin *et al.* (2000), a partir de uma revisão de 58 (cinquenta e oito) estudos publicados e 21 (vinte e um) estudos não publicados, constataram a existência de uma relação moderada,

⁴⁵ “[...] that treatment success depends on the client willingly implementing his or her respective role; that is, a successful client will not feel inhibited but will instead be open to the therapeutic process. Likewise, it suggests that effective therapy is occurring when the therapist is perceived as confident and interested [...]”.

mas consistente, entre o resultado obtido com o tratamento e o vínculo estabelecido entre o terapeuta e o paciente, que se mantém independentemente das variáveis que incidam sobre esse vínculo. Nesse sentido, os pesquisadores apontam que os principais elementos que devem caracterizar essa relação entre profissional e cliente são a colaboração, o laço emocional e a concordância sobre os fins visados.

Todavia, a circunstância de alguns estudos sugerirem que as características e o comportamento do terapeuta são mais importantes para o paciente que a abordagem técnica em si não significa que essa última não deva ser escolhida e conduzida com cautela.

Com efeito, há diversas abordagens psicoterapêuticas que podem ser empregadas. Inicialmente, pode-se classificar as sessões de terapia como individuais, coletivas ou mistas, quando sessões individuais e em grupo são realizadas de maneira alternada (HALL; HALL, 2007). Stone, Winslade e Klugman (2000) acrescentam a este rol a terapia familiar e o aconselhamento conjugal, que podem ser realizados de forma conjunta.

De acordo com Marshall *et al.* (2003), as sessões de terapia em grupo se tornaram a forma mais comum de tratamento. Beech e Fordham (1997, p. 220) afirmam que essa abordagem, além de contribuir para a superação da negação dos pacientes, potencializar a percepção de que é necessário mudar e contribuir para que eles sejam capazes de lidar melhor com seus problemas, “também oferece a oportunidade de *coworking*, permitindo que os terapeutas sondem os problemas com os colegas e evita o conluio potencial com os padrões de pensamento distorcidos dos perpetradores que podem ocorrer ao trabalhar apenas individualmente”.⁴⁶

Não obstante, a eficácia do tratamento psicoterapêutico em grupo depende da presença de algumas características: a primeira delas é a coesão. Na medida em que um grupo mais coeso favorece o compartilhamento de informações e de emoções, inclusive fantasias e comportamentos sexuais, bem como seu questionamento, os integrantes se sentem mais impulsionados a mudar seu comportamento (BEECH; FORDHAM, 1997).

Uma terapia em grupo eficaz também deve contar com um bom líder à frente das sessões. Mais que transmitir informações e focar nos sintomas dos pacientes, é importante que ele seja capaz de formar relações interpessoais eficazes, assumindo uma postura mais solidária e menos agressiva, estimulando as interações entre os membros e assegurando a confidencialidade das sessões (BEECH; FORDHAM, 1997).

⁴⁶ “Group work also provides the opportunity for *coworking*, thus enabling therapists to sound out issues with colleagues, and avoids potential collusion with the distorted thinking patterns of perpetrators that may occur when working solely on a one-to-one basis”.

Também incumbe aos líderes das sessões de terapia em grupo estabelecer normas a serem seguidas pelos pacientes e que regerão os encontros, que deverão estimular comportamentos que favoreçam a mudança e repelir os que possam prejudicar o alcance dos objetivos visados (BEECH; FORDHAM, 1997).

É, ainda, de singular relevância para a eficácia da terapia em grupo que seja mantida viva nos membros a esperança da possibilidade de mudança, uma vez que, especialmente em grupos formados por indivíduos que apresentam problemas de comportamento sexual, “esses homens podem ficar desmoralizados e facilmente desencorajados de se envolver no trabalho em grupo” (BEECH; FORDHAM, 1997, p. 222).⁴⁷

De modo semelhante, Jennings e Sawyer (2003) afirmam que a terapia em grupo é o método preferido para tratamento de criminosos sexuais, salientando a importância, para que essa estratégia seja tão exitosa quanto possível, de as intervenções serem focadas no grupo como um todo, e não no indivíduo e na energia relacional e social dele proveniente.

Nesse sentido, eles apresentam seis categorias distintas de abordagens possíveis em terapias em grupo, defendendo que, embora todas elas possam proporcionar benefícios aos seus integrantes, são as modalidades “intervenções focadas no grupo” e “terapia de grupo” as mais benéficas:

As intervenções baseadas em grupo são definidas como quaisquer intervenções (educacionais, de suporte, terapêuticas, outras) que são realizadas em um formato de grupo. Pesquisas e informações anedóticas sugerem que a maioria dos programas de tratamento de agressores sexuais são oferecidos por meio de intervenções em grupo.

Intervenções com foco no grupo são quaisquer intervenções focadas especificamente no próprio grupo. Isso incluiria intervenções que utilizam a estrutura do grupo e as relações interpessoais entre os membros do grupo para promover os objetivos terapêuticos dos membros.

Os *grupos educacionais* se concentram em fornecer informações, geralmente de forma didática, a um grupo de indivíduos, por um período limitado de tempo, pertencente a um tópico específico, normalmente como parte de um regime terapêutico mais abrangente.

Grupos psicoeducacionais são grupos educacionais que tratam de tópicos psicológicos ou aplicam conceitos psicológicos.

A *terapia de grupo* é a aplicação da teoria e das técnicas terapêuticas pertencentes às relações do grupo para promover os objetivos terapêuticos dos membros individuais.

A *psicoterapia de grupo* é definida como a aplicação específica dos princípios psicodinâmicos a um grupo (JENNINGS; SAWYER, 2003, p. 250).⁴⁸

⁴⁷ “[...] these men may be demoralized and could easily be discouraged from engaging in group work”.

⁴⁸ “Group-based interventions are defined as any interventions (educational, supportive, therapeutic, other) that are delivered in a group format. Surveys and anecdotal information suggest most sex offender treatment programs are offered via group-based interventions. Group-focused interventions are any interventions that are focused specifically on the group itself. This would include interventions that utilize the group structure and interpersonal relations among group members to further the therapeutic goals of the members. Educational groups focus on providing information, generally in a didactic fashion, to a group of individuals, for a limited period of time, pertaining to a specific topic, typically as part of a more comprehensive therapeutic regimen. Psychoeducational groups are educational groups that deal with psychological topics or apply psychological concepts. Group therapy

Assim como Beech e Fordham (1997), Jennings e Sawyer (2003) endossam a importância da coesão do grupo para a efetividade do tratamento, defendendo que o profissional à frente das sessões deve, em vez de focar em um membro por vez, oportunizando a cada momento a participação individual de um paciente, utilizar estratégias que promovam a interação entre os membros e o sentimento de pertencimento a uma coletividade.

De acordo com os pesquisadores, o enfoque no grupo como um todo é importante porque, na medida em que há uma permanente conexão entre os membros do grupo e entre esses e o terapeuta, todas as questões apresentadas nas sessões, ainda que sejam concernentes a um único indivíduo, são abordadas de forma coletiva e podem beneficiar todos os membros.

Considerando o que foi acima exposto, Jennings e Sawyer (2003) apresentam técnicas que podem ser utilizadas para favorecer a interação entre os pacientes e a coesão do grupo. Inicialmente, os autores apontam que o terapeuta deve chamar a atenção para as interações entre os membros do grupo, formulando pontuações e questões que a estimulem e encorajando os pacientes a se relacionarem uns com os outros. Endossar os sentimentos e impressões comuns aos membros do grupo também é uma estratégia válida apontada pelos pesquisadores, sobretudo ao se considerar que os motivos que os levaram a se submeter a tratamento, nesses casos, são os mesmos.

A comunicação durante as sessões também deve ser voltada ao grupo como um todo, e não aos seus membros de forma individualizada, sendo preferível, portanto, se referir e se dirigir sempre ao grupo em vez de se referir a “você” ou “eu”. Essa técnica objetiva fazer os pacientes se sentirem parte do grupo e desenvolverem uma identidade coletiva em detrimento de uma mentalidade egocêntrica, além de favorecer que o próprio terapeuta reconheça a unidade daquela comunidade. Além disso, é também significativo que o profissional redirecione ao grupo todas as questões a ele levadas por um dos membros, evitando, assim, estabelecer um canal exclusivo de comunicação com um dos pacientes de forma individual (JENNINGS; SAWYER, 2003).

Ainda de acordo com Jennings e Sawyer (2003), conquanto o terapeuta deva estimular a participação dos pacientes durante as sessões e a interação entre eles, faz-se necessário que o profissional mantenha uma postura ativa no grupo, o que pode ser efetuado por meio da

is the application of theory and therapeutic techniques pertaining to the group relationships to further the therapeutic goals of the individual members. Group psychotherapy is defined as the specific application of psychodynamic principles to a group”.

comunicação não-verbal – gestos, postura e expressão facial – e do contato visual com todos os membros.

Por fim, os pesquisadores defendem a contribuição das técnicas destinadas a tratar de problemas relacionados à masculinidade e à interação entre homens para o processo terapêutico. O objetivo dessas abordagens é possibilitar que os homens se expressem e compartilhem suas vivências e emoções livremente, experimentando certa vulnerabilidade sem receio de sofrer julgamentos e humilhações.

O primeiro passo para a criação de um ambiente seguro e propício para isso consiste em evitar confrontos diretos logo no início do tratamento e aguardar o estabelecimento de uma relação de confiança para que, no caso de criminosos sexuais, problemas como a negação e a transferência da culpa para a vítima sejam abordados. Ainda, é importante que tal abordagem seja realizada de forma acolhedora, sem submeter o paciente a qualquer tipo de humilhação ou desconforto em decorrência de seus relatos (JENNINGS; SAWYER, 2003).

A desconstrução do estigma associado aos comportamentos dos pacientes também pode assumir um papel relevante no êxito do tratamento, sendo mais vantajoso, tanto para o terapeuta, quanto para o paciente, trabalhar com a ideia de que sua conduta é fruto de ignorância e frustração, e não do fato de o indivíduo ser inerentemente mau. Desse modo, evita-se que a postura inadequada seja concebida como uma condição permanente e assume-se a possibilidade de mudança do paciente, que pode desenvolver suas habilidades sociais e se controlar melhor diante de fatores de estresse se lhe forem dadas ferramentas para tanto (JENNINGS; SAWYER, 2003).

Ressignificar as manifestações de hipermasculinidade, de acordo com Jennings e Sawyer (2003), também é uma medida que deve ser adotada pelos terapeutas. Identificar comportamentos que objetivam demonstrar força, coragem, autoritarismo e comportamentos análogos, na realidade revelam a necessidade de suprimir o medo de ser rotulado com atributos negativos, o que é essencial para que seja possível explorar e trabalhar os problemas ocultos (JENNINGS; SAWYER, 2003).

A utilização de mecanismos que possibilitem confrontar os pacientes sem assustá-los ou deixá-los na defensiva também é um aspecto de singular relevância. A estratégia mais eficaz parece ser combinar observações confrontativas com declarações que resguarrem seu emissor, como o uso de declarações provisórias – “Talvez seja difícil para o grupo falar sobre isso” –, uso de declarações com as quais se sabe que o paciente concordará (ou das quais se sabe que ele discordará) apenas parcialmente – “O grupo parece achar uma boa ideia Jim e Paul reconhecerem o abuso que cometeram e quererem se desculpar diretamente com suas vítimas,

mas alguém levou em consideração se isso é bom para as vítimas? Como um pedido de desculpas, ainda que sincero, pode ser egoísta e doloroso?” –, e o uso de declarações que combinem comentários tidos como ameaçadores com empatia – “Quando alguém está tão desesperado por afeto e com tanto medo de rejeição, pode tomar algumas decisões realmente ruins” (JENNINGS; SAWYER, 2003, p. 264).

O emprego de tal estratégia de confronto, contudo, revela-se ainda mais eficaz quando, em vez de ser realizado pela terapeuta na condução das sessões, é realizado pelos próprios pacientes, uns com os outros. Com efeito, “a autenticidade e empatia de ‘alguém que já passou pelo mesmo’, transmitida em uma linguagem simples do dia-a-dia, parece dar força adicional aos conselhos e críticas dos colegas” (JENNINGS; SAWYER, 2003, pp. 264-265).⁴⁹

Por fim, Jennings e Sawyer (2003, p. 265) defendem que a criação de vínculos entre os pacientes seja estimulada, na medida em que

Ao facilitar a interação social vigorosa no grupo de agressores sexuais, o terapeuta pode ajudar a construir laços, melhorar as habilidades sociais, promover a comunicação assertiva, quebrar o isolamento, substituir o egocentrismo pela sensibilidade social e convidar à autoexploração nas áreas de emocionalidade, sexualidade e autoimagem.⁵⁰

A escolha de um profissional habilidoso e qualificado para conduzir as sessões de terapia, bem como a escolha pela terapia em grupo, contudo, em que pesem suas vantagens, não são, ainda, suficientes para, por si sós, assegurar o êxito do tratamento. É necessário, também selecionar a espécie de abordagem técnica mais adequada para lidar com os problemas apresentados pelos indivíduos parafilicos para os quais se busca tratamento.

No caso da pedofilia, a estratégia de tratamento mais comumente utilizada é a terapia cognitivo-comportamental voltada às distorções e negações apresentadas, com treinamento de empatia e de controle sobre os impulsos sexuais e outras funções involuntárias, bem como prevenção de recaídas (HALL; HALL, 2007).

Acerca dessa abordagem, elucidam Cohen e Galynker (2002, pp. 10-11):

Tratamentos cognitivo-comportamentais têm sido empregados para reduzir o desejo sexual pedofílico, para aumentar o comportamento sexual e afiliativo apropriado para a idade e para fortalecer a inibição do comportamento pedofílico. Técnicas de condicionamento associativo, como sensibilização encoberta e condicionamento

⁴⁹ “The authenticity and empathy of 'someone who's been there', delivered in simple everyday language, seems to give added potency to peer advice and criticism”.

⁵⁰ “By facilitating vigorous social interaction in the sex offenders group, the therapist can help to build bonds, enhance social skills, promote assertive communication, break isolation replace egocentrism with social sensitivity and invite self-exploration in the areas of emotionality, sexuality and self-image”.

aversivo, bem como biofeedback pletismográfico e tentativas de extinguir o desejo por meio da saciedade masturbatória são usados para reduzir o valor de recompensa da excitação pedofílica. O treinamento em habilidades interpessoais, assertividade e empatia são usados para aumentar o valor de recompensa de relacionamentos com adultos. Finalmente, o confronto da negação, particularmente em formato de grupo, a reestruturação cognitiva das distorções cognitivas e o treinamento em empatia pelas vítimas são todos usados para fortalecer a inibição do comportamento pedofílico. Nos casos em que falta motivação interna, restrições externas, como redes de vigilância ou ameaça de encarceramento, são usadas para reforçar a inibição.⁵¹

Quando o tratamento comportamental é aplicado a indivíduos que já praticaram agressões sexuais, Stone, Winslade e Klugman (2000, p. 94) esclarecem que “fatores associados ao desvio do agressor são examinados e suas distorções cognitivas são sistematicamente eliminadas, com a intenção de permitir que ele reconheça a ilicitude de seu comportamento, conforme seu comportamento de acordo e reforce a mudança de conduta”.⁵²

Com efeito, um estudo conduzido por Pithers (1994) com o objetivo de aferir a eficácia da terapia em grupo no aprimoramento da empatia de agressores sexuais por vítimas de abuso sexual, concluiu que essa modalidade de intervenção é capaz de potencializar, dentre outros aspectos, o aumento das habilidades empáticas, o menor endosso de distorções cognitivas predisponentes ao estupro e ao estupro de vulnerável e a diminuição, ainda que limitada, do uso de mecanismos de defesa narcisistas.

A pesquisa foi realizada com 10 (dez) pedófilos – 4 (quatro) condenados pelo estupro de meninos, 4 (quatro) condenados pelo estupro de meninas e 2 (dois) condenados pelo estupro de crianças de ambos os gêneros – e 10 (dez) estupradores – todos condenados pelo estupro de mulheres adultas – integrantes de um programa de tratamento para agressores sexuais.

Todos eles foram inicialmente submetidos a abordagens que trabalharam habilidades de ordem emocional que os prepararam para, posteriormente, melhor desenvolver sua empatia. Em seguida, eles foram convidados a descrever detalhadamente os crimes sexuais pelos quais foram condenados e, após, passaram por dinâmicas que possibilitaram a visualização da perspectiva da vítima e a percepção do caráter abusivo de suas condutas, como ler relatos de vítimas de

⁵¹ “Cognitive-behavioral treatments have been employed to reduce pedophilic sexual desire, to increase age-appropriate sexual and affiliative behavior, and to strengthen inhibition of pedophilic behavior. Associative conditioning techniques such as covert sensitization and aversive conditioning, as well as plethysmographic biofeedback, and attempts to extinguish desire through masturbatory satiation are used to reduce the reward value of pedophilic arousal. Training in interpersonal skills, assertiveness, and empathy are used to enhance the reward value of relationships with adults. Finally, confrontation of denial, particularly in group format, cognitive restructuring of cognitive distortions, and training in empathy for victims are all used to strengthen inhibition of pedophilic behavior. In cases where internal motivation is lacking, external restraints, such as surveillance networks or threat of incarceration, are used to bolster inhibition”.

⁵² “[...] factors that are associated with the sex offender's deviancy are examined and the sex offender's cognitive distortions are systematically broken down, with the intention of enabling the offender to recognize the wrongfulness of his behavior, conform his behavior accordingly, and to reinforce behavior change”.

abuso sexual e resumi-los, comparar os relatos lidos às experiências de suas próprias vítimas e criar uma narrativa e interpretá-la assumindo o papel de vítima.

Antes e depois de participarem de todas essas dinâmicas, os participantes preencheram questionários relativos às suas habilidades empáticas, que foram posteriormente comparados e revelaram a eficácia, ao menos a curto prazo, dessa modalidade de terapia no aprimoramento das habilidades empáticas.

Entretanto, como apontam Hall e Hall (2007), não obstante a psicoterapia constitua uma importante parcela do tratamento das parafilias, sua eficácia, isoladamente, na prevenção de ofensas sexuais a longo prazo é alvo de discussões. É o que sugerem Maletzky e Steinhauer (2002) ao avaliarem o acompanhamento, realizado por 25 (vinte e cinco) anos, de 7.275 (sete mil duzentos e setenta e cinco) criminosos sexuais que foram submetidos à terapia cognitivo-comportamental.

Extraí-se da pesquisa que os pacientes que tiveram seus históricos examinados foram divididos em seis grupos distintos: (i) molestadores de crianças, com vítimas do gênero feminino (30,2%); (ii) molestadores de crianças, com vítimas do gênero masculino (10,5%); (iii) pedófilos heterossexuais (13,9%); (iv) pedófilos homossexuais (17,2%); (v) exibicionistas (22%) e (vi) esturpadores (6,2%).

Ademais, o acompanhamento do período de tratamento desses pacientes teve por objetivo a testagem das seguintes hipóteses: (i) o tratamento é efetivo para reduzir as recaídas e prevenir a reincidência por longos períodos de tempo; (ii) os resultados do tratamento variam de acordo com a categoria de ofensor, sendo que ofensores situacionais alcançam melhores resultados que os ofensores predatórios ou preferenciais; (iii) as taxas de falha aumentam com o decurso do tempo após o tratamento; (iv) a reincidência constitui um entre uma série de fatores mensuráveis relacionados à falha do tratamento; (v) os participantes que interrompem o tratamento prematuramente correm maior risco de reincidir; (vi) as técnicas de tratamento foram refinadas para que as taxas de sucesso do tratamento melhorassem ao longo dos anos do estudo. Para os fins do presente capítulo, as hipóteses (i), (ii) e (iii) são as que merecem maior destaque.

Os resultados das análises efetuadas por Maletzky e Steinhauer (2002) demonstraram que o tratamento cognitivo-comportamental oferecido individualmente e em grupo, aparentemente foi eficaz para a maioria dos criminosos sexuais avaliados. Com efeito, no período compreendido entre 1973 e 1997, foram observadas taxas de fracasso do tratamento correspondentes a 6,3% entre os molestadores de crianças com vítimas do gênero feminino; 8,0% entre molestadores de crianças com vítimas do gênero masculino; 8,1% entre pedófilos

heterossexuais; 16,3% entre pedófilos homossexuais; 13,5% entre exibicionistas e 21,2% entre estupradores.

Foi constatado, contudo, que os ofensores predatórios ou preferenciais, incluindo pedófilos – sobretudo os pedófilos homossexuais – e estupradores, possuíam no mínimo o dobro de probabilidade de falhar no tratamento em relação aos demais, sendo a reincidência a causa mais provável de falha. Verificou-se, ainda, que quanto maior o tempo decorrido desde o tratamento, maior a probabilidade de falha, cuja taxa também aumenta em caso de interrupção prematura do tratamento.

Diante desses dados, não obstante Maletzky e Steinhauser (2002) tenham concluído que a terapia tem se tornado cada vez mais eficaz com o passar do tempo, faz-se necessário reavaliá-la como método único de tratamento e considerar os benefícios de sua conjugação com outras abordagens.

Stone, Winslade e Klugman (2000) também defendem que, embora métodos de psicoterapia se revelem suficientes e eficazes para algumas pessoas, não há como desconsiderar todas as outras para as quais a psicoterapia é insuficiente, razão pela qual a utilização dessa abordagem isoladamente deve ser repensada em favor de combinações com métodos de tratamento de ordem biológica.

Thibaut *et al.* (2010) apontam que diversos estudos sugerem que é por meio de sua combinação com o tratamento farmacológico que o risco de reincidência do paciente na prática de crimes sexuais pode ser significativamente reduzido.

A partir disso, os pesquisadores apresentam um algoritmo que distingue 6 (seis) diferentes protocolos de tratamento das parafilias de acordo com os objetivos que se pretende atingir: no caso do nível 1, sugere-se a psicoterapia (preferencialmente a terapia comportamental cognitiva) para alcançar o objetivo consistente em controlar fantasias, compulsões ou comportamentos sexuais parafilicos que, no entanto, não produzem qualquer impacto nas atividades e desejos sexuais convencionais (THIBAUT *et al.*, 2010).

O nível 2 de tratamento prevê a utilização de antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (SSRIs) para o alcance do mesmo objetivo apontado no nível 1, quando o tratamento nele indicado tiver se revelado ineficaz. São aptos a receber o tratamento previsto no nível 2 todos os portadores de parafilias leves que apresentam baixo risco de praticar um crime sexual e/ou manter contato físico direto com terceiros (THIBAUT *et al.*, 2010).

Seguindo adiante, o nível 3 de tratamento, cujo objetivo é idêntico a todos os demais, prevê a adição, à medicação antidepressiva prevista no nível anterior, de uma dose baixa de medicamento antiandrogênico. Devem ser submetidos a essa combinação de fármacos os

portadores de parafilias que não envolvam sadismo sexual, mas envolvam o contato físico direto com terceiros por meio de carícias, excluída a penetração. Exige-se, ainda, que o paciente não tenha respondido positivamente à abordagem prevista no nível 2, mesmo após um período de 4 (quatro) a 6 (seis) semanas de utilização de dosagem elevada do antidepressivo (THIBAUT *et al.*, 2010).

Caso o tratamento previsto no nível 3 não proporcione resultados satisfatórios e o paciente parafilico seja complacente, não experimente fantasias ou comportamento envolvendo sadismo sexual e apresente risco moderado a elevado de incorrer em atos de violência sexual, sugere-se, no nível 4 de tratamento, a administração de doses mais elevadas de acetato de ciproterona ou acetato de medroxiprogesterona, sendo possível sua associação a antidepressivos se presentes sintomas de ansiedade, depressão ou obsessão-compulsão (THIBAUT *et al.*, 2010).

Na sequência, o nível 5 de tratamento concerne aos casos em que o paciente não respondeu satisfatoriamente ao tratamento de nível 4 ou, sendo portador de parafilia severa, experimenta fantasias ou comportamentos envolvendo sadismo sexual, com elevado risco de performar atos de violência sexual. Nessas hipóteses, devem ser administrados análogos aos hormônios liberadores de gonadotrofina, que podem ser associados ao acetato de ciproterona (THIBAUT *et al.*, 2010).

Por fim, nos casos de parafilias extremamente severas, em que o tratamento de nível 5 não tenha sido suficiente, a orientação é no sentido de que medicamentos antiandrogênicos sejam utilizados concomitantemente aos medicamentos análogos aos hormônios liberadores de gonadotrofina (THIBAUT *et al.*, 2010).

Verifica-se, portanto, que, quanto mais grave a parafilia, ou seja, quanto mais acentuado o risco de o indivíduo parafilico vir a exteriorizar sua inclinação sexual atípica por meio de uma conduta atentatória ao bem jurídico alheio, maior será também a necessidade de um método de tratamento mais robusto para contê-lo.

Nesses casos, revela-se temerário confiar apenas na psicoterapia como meio de tratamento, uma vez que, além de seus efeitos não serem imediatos, é possível que ela, por si só, não seja capaz de proporcionar ao indivíduo o controle necessário sobre seus desejos e impulsos.

Destarte, a forma mais adequada de oferecer tratamento não somente a pedófilos, mas a indivíduos parafilicos de modo geral, aparenta ser por meio de programas que tenham diversas abordagens psicoterapêuticas e farmacológicas à disposição, para que profissionais qualificados possam selecionar e aplicar a combinação que proporcione os melhores resultados.

5 EXEMPLOS CONCRETOS DE FERRAMENTAS DE TRATAMENTO

Conforme foi possível verificar, a investigação acerca dos melhores métodos, de ordem biológica ou psicoterapêutica, para tratar as manifestações da pedofilia e evitar a prática crimes sexuais contra menores não é algo recente. Há décadas pesquisadores de diversas áreas e lugares do mundo têm se dedicado a pesquisar o impacto de medicamentos e da terapia sobre a parafilia desses criminosos em potencial.

A maior parte dos estudos conduzidos, contudo, foi realizada com indivíduos que se encontravam institucionalizados ou participavam de programas destinados a agressores sexuais de forma compulsória, sobretudo em virtude do cometimento prévio de infrações de natureza sexual. Apesar disso, faz-se necessário ressaltar que a ideia de um programa de tratamento de adesão totalmente voluntária não se trata de uma utopia, sendo possível encontrar, já há mais de uma década, programas dedicados a oferecer tratamento a pedófilos que voluntariamente procurem ajuda para manter seu comportamento sexual sob controle.

Verificar, na prática, como esses programas funcionam, bem como quais são os resultados obtidos pelos pacientes que deles participam, pode contribuir de forma relevante para a efetiva compreensão do quão necessária é a ampla disponibilização desse auxílio para potencializar a proteção da dignidade sexual das crianças.

5.1 Alemanha

Conforme já exposto, no direito brasileiro, os crimes sexuais praticados contra vulneráveis não se confundem com a pedofilia, que se trata não de um crime, mas de um diagnóstico. De acordo com o *Relatório Final da CPI da Pedofilia* (BRASIL, 2010) o atual Código Penal alemão (*Strafgesetzbuch – StGB*) (GERMAN CRIMINAL CODE, 2019) em momento algum emprega o termo “pedofilia”, o que permite concluir que a Alemanha também adotou a distinção entre os crimes e a patologia tal como no Brasil.

No que concerne à criminalização de condutas, o direito penal alemão também se aproxima do direito brasileiro ao dedicar um capítulo do respectivo código aos crimes sexuais, no qual se inserem as seções 174, 176, 176a, 176b e 180, que preveem os crimes de abuso sexual de quem está sob sua vigilância, abuso sexual de crianças, abuso sexual de crianças agravado, abuso sexual de crianças resultante em morte e promoção de atos sexuais envolvendo menores. As seções 184b e 184c ainda criminalizam a disseminação, aquisição e posse de material pornográfico envolvendo menores.

A partir da leitura dos dispositivos legais acima mencionados, nota-se que o legislador alemão buscou conferir especial proteção aos menores de 18 (dezoito) anos de idade, mas o delito de abuso sexual de crianças, em suas diversas modalidades, destina-se especificamente à tutela da autodeterminação sexual dos menores de 14 (catorze) anos de idade, que, assim como ocorre no direito brasileiro, também são considerados particularmente vulneráveis pelo direito alemão, razão pela qual se presume a violência nesses casos.

Ainda a respeito das condutas tipificadas no Código Penal alemão, o Relatório Final da CPI da Pedofilia descreve que, para todos os delitos mencionados que são prescritíveis, a pena cominada é de prisão e/ou multa e a ação penal é pública.

São, pois, notáveis as semelhanças entre a legislação penal brasileira e a legislação penal alemã no que tange aos crimes sexuais contra vulneráveis. Tais similitudes autorizam e recomendam que programas de prevenção à prática de delitos contra a dignidade sexual dos menores, já existentes na Alemanha, sejam utilizados como referência para a implantação de políticas públicas no Brasil e para a melhoria das iniciativas já existentes para combater os crimes sexuais contra vulneráveis.

Nesse sentido, merece destaque a iniciativa alemã que busca fornecer uma resposta ao desamparo experimentado pelos pedófilos, que passam a ter a opção de procurar um tratamento que os auxiliará no controle de seus impulsos sexuais para que eles não venham a se tornar criminosos. Trata-se do Projeto de Prevenção Dunkelfeld (PPD).

5.1.1 Projeto de prevenção Dunkelfeld

Em 6 de junho de 2005, durante a Conferência de Imprensa Federal que ocorria em Berlim, na Alemanha, foi oficialmente lançado o Projeto de Prevenção Dunkelfeld (PPD), idealizado com o objetivo de potencializar a proteção dos menores e coibir a prática de crimes sexuais contra eles por meio do oferecimento de tratamento a pessoas sexualmente atraídas por crianças e em busca de ajuda para manter seus desejos e impulsos sob controle (BEIER *et al.*, 2021).

Inicialmente, o programa foi financiado pela Fundação Volkswagen em parceria com a organização *Hänsel und Gretel* de proteção à criança e a agência de propaganda *Scholz & Friends*, tendo passado a receber recursos do governo alemão em 2008 (BEIER, 2016).

Os primeiros indivíduos que procuraram o programa foram questionados a respeito de seus dados sócio-demográficos básicos e de seu histórico sexual e criminal e, demonstrando interesse em se beneficiar das intervenções propostas pela iniciativa, foram convidados a

preencher questionários e formulários destinados a identificar os principais fatores de risco que poderiam culminar na prática de uma infração sexual e estabelecer as motivações individuais e perspectivas futuras para o tratamento (BEIER, 2016).

Uma vez aprovados para participar do programa, os pacientes passaram por um processo de tratamento multidisciplinar que jamais teve por objetivo reverter sua inclinação sexual atípica, mas sim permitir o melhor controle de seus comportamentos para que eles não ficassem reféns do seu desejo sexual por crianças. Para tanto, foi desenvolvido, no âmbito do Projeto de Prevenção Dunkelfeld (PPD), a Terapia da Dissexualidade de Berlim – ou *The Berlin Dissexuality Therapy* (BEDIT) – que preconiza que o tratamento que efetivamente seja capaz de prevenir a prática de delitos sexuais contra crianças deve ser multidisciplinar, contando com intervenções farmacológicas aliadas à terapia cognitivo-comportamental e, quando cabíveis, a abordagens sexológicas (BEIER, 2016).

Nesse sentido, enquanto o tratamento farmacológico possibilita a redução dos desejos e fantasias sexuais, que é resultado do efeito de determinados medicamentos no corpo humano, a terapia cognitivo-comportamental é voltada às habilidades sociais do indivíduo e às suas atitudes relativamente à sua sexualidade, visando melhor autocontrole. Adicionalmente, intervenções sexológicas contribuem para a aceitação da inclinação sexual atípica pelo indivíduo, de modo que ele assuma a responsabilidade por seus comportamentos sexuais e, concomitantemente, invista na construção de relações com outros adultos, não com crianças (BEIER, 2016).

Assim, segundo Beier (2016, p. 260),

Os alvos do tratamento incluem motivação para a mudança, autoeficácia, automonitoramento (incluindo fantasias e interesses sexuais), estratégias de enfrentamento sexualizadas versus adequadas, autorregulação emocional e sexual, funcionamento social, apego e sexualidade, atitudes de apoio, empatia com crianças envolvidas em situações de abuso ou o uso de imagens, e estratégias e metas de prevenção de recaídas. O manual escrito fornece estratégias para lidar com ameaças de abuso infantil por contato durante a terapia.⁵³

Em 2014, com o objetivo de expandir a abordagem preventiva realizada pelo Projeto de Prevenção Dunkelfeld (PPD) e contemplar menores de 18 (dezoito) anos que já experimentassem atração sexual por crianças – uma vez que menores de idade não eram

⁵³ “Treatment targets comprise motivation for change, self-efficacy, self-monitoring (including sexual fantasies and interests), sexualized versus adequate coping strategies, emotional and sexual self-regulation, social functioning, attachment and sexuality, offense-supportive attitudes, empathy with children involved in CSA or the use of CAI, and relapse prevention strategies and goals. The written manual provides strategies to deal with threats of contact child abuse during therapy”.

autorizados a receber o tratamento – foi criado o Projeto de Prevenção Juvenil (PPJ). Os métodos e estratégias de prevenção aos crimes sexuais contra crianças no âmbito do Projeto de Prevenção Juvenil (PPJ) correspondem aos mesmos adotados no âmbito do Projeto de Prevenção Dunkelfeld (PPD), embora as abordagens levem em consideração aspectos particulares da adolescência, sendo, portanto, mais adequadas às necessidades dos jovens (BEIER, 2018).

Em 2015, o anseio pela expansão do programa de tratamento preventivo superou novos limites com a implantação, pelo Instituto de Sexologia de Berlim, de uma ferramenta virtual, denominada *Troubled Desire*. O objetivo da nova ferramenta era permitir o acesso amplo, anônimo e gratuito a uma versão digital do projeto para aqueles que não pudessem participar pessoalmente e diretamente do programa originário (BEIER, 2018).

Assim, logo na página inicial do respectivo *site*, o usuário se depara com o anúncio: “Sente atração por crianças? Aqui pode encontrar uma ajuda anônima”. Logo na sequência: “*Troubled Desire* oferece Autogestão Online para pessoas que se sintam atraídas por crianças e jovens adolescentes e que não tenham a oportunidade de entrar em contato direto com terapeutas”. Ou seja, o programa se utilizou de uma ferramenta virtual para contornar as fronteiras que impediam que pedófilos e hebéfilos autoidentificados fora da Alemanha tivessem acesso a ao menos uma parcela do tratamento oferecido. Assim, indivíduos que se sintam desamparados e tenham o receio de cometer crimes sexuais contra menores podem se valer da Autogestão Online para, ao menos, tentar manter seus desejos e impulsos sob controle.

Essa ferramenta é especialmente útil em países como a Índia, o Canadá e os Estados Unidos. Diferentemente da Alemanha, país em que o sigilo entre o médico e o paciente alcança até mesmo crimes praticados e não descobertos pelas autoridades, nesses países existem leis que tornam obrigatória a denúncia, pelos profissionais, de pessoas relatando a prática de crimes que não tenham sido investigados pelas autoridades públicas. Nesses locais, pessoas que já cometeram crimes sexuais no passado e não foram processadas, mas desejam evitar a reincidência, acabam se sentindo desestimuladas a procurar ajuda profissional em virtude do receio de sobrevir uma denúncia e, conseqüentemente, uma punição. A Autogestão Online oferecida representa, nesse contexto, a possibilidade de alguma ajuda chegar até esses indivíduos na esperança de que eles não permaneçam reféns de sua parafilia.

De acordo com a página eletrônica *Troubled Desire*, que fornece informações em inglês, alemão, espanhol, português, francês, tcheco, italiano, russo, turco, hindi e marata, a Autogestão Online é composta por múltiplas etapas. Inicialmente, é necessário coletar informações sobre a vida pessoal do paciente e sobre suas fantasias e comportamentos sexuais. Tais informações

são avaliadas e analisadas de forma mais profunda, de modo que o paciente compreenda a estrutura de sua inclinação sexual e os respectivos aspectos problemáticos que devem ser considerados. A desconstrução de certas perspectivas e a construção de novas visões a respeito de questões envolvendo a parafilia também compõem a ferramenta de autogestão, bem como o estímulo a habilidades sociais e a mecanismos de autopercepção e autocontrole.

Nesse sentido, consta do resumo da sessão de Autogestão Online (2022, s.p.):

Eu sou: Gostaríamos de lhe fazer perguntas sobre a sua educação, família, profissão e situações de contacto com crianças. Responda a todas as perguntas para podermos personalizar a nossa abordagem e lhe podermos dar uma resposta mais pessoal e construtiva.

Eu sinto: Gostaríamos de lhe fazer perguntas sobre as suas fantasias sexuais. Estas são uma importante fonte de informação. Responda a todas as perguntas para podermos personalizar a nossa abordagem e lhe podermos dar uma resposta mais pessoal e construtiva.

Eu faço: Gostaríamos de lhe fazer perguntas sobre o seu **comportamento sexual e não sexual**. Responda a todas as perguntas para podermos personalizar a nossa abordagem e lhe podermos dar uma resposta mais pessoal e construtiva.

Respostas personalizadas: Dar-lhe-emos respostas e comentários personalizados sobre a sua preferência sexual e comportamento sexual problemático.

Estrutura da preferência sexual: Iremos analisar mais profundamente as bases da estrutura da preferência sexual e perceber melhor o vasto mundo dos desejos sexuais, incluindo o seu.

Comportamentos sexuais problemáticos: Quando a atividade sexual envolve mais do que uma pessoa, deve ter por base um consentimento mútuo. Iremos abordar a questão do consentimento informado em termos de atividades sexuais problemáticas.

Desconstruir mitos: Iremos examinar mitos (suposições falsas) e factos (conclusões autênticas) acerca do amor, da sexualidade e de crianças vítimas de abuso, com o intuito de desfazer essas suposições falsas.

Óculos cor-de-rosa: Quando se diz que alguém está a usar "óculos cor-de-rosa", significa que apenas está a ver as partes mais agradáveis. Iremos analisar uma situação e descobrir como os nossos pensamentos são capazes de manipular a forma como vivenciamos a realidade.

A génese das atrações sexuais: Aqueles que procuram a causa acabam por descobrir que, na verdade, existem várias. Iremos discutir as causas de se ter uma ou outra preferência sexual, e perceber como fazer sentido de cada uma delas.

Aceitação: A aceitação não é algo garantido. É adquirida através do conhecimento. Iremos transmitir uma compreensão da importância da aceitação e tentar aplicar este conhecimento à nossa preferência sexual.

Fazer uma pausa: Problemas de gestão de tempo, dores de cabeça recorrentes, estresse no trabalho e fantasias persistentes com crianças podem absorver-nos ou distrair-nos com facilidade. Iremos abordar uma técnica de relaxamento que nos permitirá lidar mais facilmente com desafios diários.

Fantasia e comportamento: Iremos explicar a importância de distinguir a fantasia do comportamento. Ao compreendermos melhor as nossas próprias fantasias e comportamentos sexuais, seremos capazes de melhorar o controle de impulsos relacionados com desejos sexuais.

Autopercepção: Iremos analisar-nos e aos nossos processos internos com mais atenção. O objetivo consiste em identificar comportamentos sexuais prejudiciais e situações potencialmente adversas, assim como aprender a intervir numa fase inicial através do treino de pensamentos e sentimentos.

Ativadores pessoais: O risco de cometer agressão sexual ou de utilizar imagens de abuso sexual de menores nem sempre é o mesmo, estando dependente de certas condições. Iremos aprender a identificar esses "ativadores", ou seja, fatores que aumentam o risco de fantasias resultarem em comportamentos.

Análise situacional: Iremos examinar o que acontece antes, durante e depois da utilização de imagens de abuso de crianças ou um abuso sexual de crianças, de modo a estabelecer mecanismos de controlo comportamental logo desde o início.

Controlo de impulsos: Uma... duas... três peças de chocolate... enquanto se faz dieta? Às vezes, é muito difícil controlarmos os nossos impulsos. Aqui, vamos analisar a importância de controlar impulsos e encontrar formas de melhorar esse controle no nosso cotidiano.

Empatia: Quer observemos alegria ou tristeza, o ser humano é capaz de assumir a perspectiva de outros. Iremos analisar mais de perto a capacidade de tomar a perspectiva de outra pessoa e descobrir como esta capacidade nos orienta pelos nossos contextos sociais.

Carta de uma vítima: O abuso sexual infantil tem efeitos dramáticos na saúde física e emocional das vítimas. Aqui, vamos analisar a carta de uma vítima de abuso sexual infantil e abordar as consequências dessa experiência.

Opções de tratamento: Algumas pessoas experienciam desejos ou fantasias sexuais demasiado intensas, incontroláveis e causadores de bastante angústia. Para pessoas nessa situação, faremos um resumo da utilização de medicação como uma opção adicional valiosa.

O segredo do bem-estar: De forma a vivermos bem e mantermos o nosso bem-estar, devemos respeitar e cuidar das nossas necessidades individuais. Deste modo, daremos um breve guia e iremos ler a história de um jovem que foi capaz de o fazer ao compreender e ultrapassar os seus comportamentos negativos.

Nota-se que as estratégias utilizadas no programa de Autogestão Online guardam similitude com os métodos utilizados na terapia cognitivo-comportamental, sendo idênticos os objetivos finais de ambos, o que evidencia que a ferramenta oferecida pelo *Troubled Desire* se propõe, precisamente, a ser uma forma de terapia à distância ou “autoterapia”.

Não obstante, sabe-se que, em que pese a importância da terapia cognitivo-comportamental no processo de tratamento de indivíduos pedófilos, tal método, isoladamente, pode não ser suficiente em alguns casos para alcançar os resultados pretendidos, sobretudo quando realizado de forma indireta. Em razão disso, é especialmente importante que indivíduos que experimentam desejos e impulsos muito intensos se atentem ao tópico “opções de tratamento”, uma vez que a utilização adicional de medicamentos aptos a reduzir suas fantasias pode ser decisiva para o êxito do tratamento.

A criação do Projeto de Prevenção Juvenil (PPJ) e da ferramenta digital *Troubled Desire*, todavia, não foram as únicas formas de expansão do Projeto de Prevenção Dunkelfeld (PPD). As repercussões do programa e, sobretudo, a comprovada possibilidade de atrair a atenção de pedófilos autoidentificados e convencê-los a suprimir comportamentos criminosos, culminaram na aprovação, pelo Parlamento Alemão, em 10 de novembro de 2016, de uma lei que prevê o financiamento de tratamento confidencial para pedófilos autoidentificados por meio do sistema de seguro de saúde. A lei se encontra em vigor desde 10 de janeiro de 2017 e passará, em 2022, por uma reavaliação com o objetivo de aferir se a medida implantada deve ser mantida (BEIER, 2018).

5.1.2 Divulgação do projeto: alcançando o público-alvo

Considerando o escopo do projeto, seus alvos são, desde sua origem, as pessoas que estão fora dos radares das autoridades públicas, mas experimentam atração sexual por menores – sendo portadores de pedofilia ou hebefilia, de acordo com os critérios estabelecidos no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* – e receiam cometer crimes sexuais contra eles, seja pela primeira vez ou não. A adesão ao programa é totalmente voluntária, ou seja, o indivíduo que recorrer ao Projeto de Prevenção Dunkelfeld deve fazê-lo por vontade e razões próprias e não em virtude de estar sofrendo pressão de terceiros (BEIER *et al.*, 2021).

A adesão de criminosos sexuais em potencial ao projeto, contudo, foi o primeiro desafio a ser enfrentado pelos idealizadores da iniciativa. A escassez de programas de tratamento dessa natureza, bem como a dificuldade experimentada por indivíduos que, em algum momento, tentaram recorrer à ajuda profissional para lidar com sua parafilia, impôs a necessidade de ampla divulgação do Projeto de Prevenção Dunkelfeld (PPD), sem a qual o público-alvo provavelmente jamais conheceria o programa.

Iniciou-se, então, a veiculação na mídia de uma campanha com o objetivo de alcançar os portadores de pedofilia e hebefilia autoidentificados para estimulá-los a procurar o programa a fim de obter ajuda profissional. Para a elaboração da campanha ideal, pedófilos já conhecidos pelos integrantes da equipe envolvida no projeto foram convidados a apontar as principais características de uma campanha que os levaria a buscar o tratamento oferecido. A maioria das respostas apontou que a campanha midiática deveria

(1) demonstrar empatia e compreensão com sua situação peculiar, (2) se distanciar da discriminação de qualquer indivíduo por sua preferência sexual, (3) reduzir o medo de punição pelo sistema de justiça, (4) assegurar confidencialidade e anonimato em relação a todos os dados coletados e (5) reduzir sentimentos de culpa e vergonha (BEIER *et al.*, 2009, p. 2).⁵⁴

Nessa esteira, o vídeo curto de apresentação do Projeto, que foi transmitido em canais de televisão alemães e nos cinemas, continha os seguintes dizeres: “Logo no início percebi que sou um pouco diferente. Era óbvio o que você deveria pensar de gente como eu: doido, perverso, escória! Eu também pensei. Mas eu nem sequer performava minhas fantasias. Na

⁵⁴ “(1) shows empathy and an understanding of their peculiar situation, (2) distances itself from discrimination of any individual for their sexual preference, (3) reduces fear of penalty by the justice system, (4) assures confidentiality and anonymity regarding all collected data, and (5) reduces feelings of guilt and shame”.

terapia, aprendi que ninguém é culpado por sua preferência sexual, mas todos são responsáveis por seu próprio comportamento. Não quero ser um agressor!'. A terapia preventiva evita o abuso sexual infantil!".⁵⁵ Ao final do vídeo, era indicada a página eletrônica "www.dont-offend.org", na qual os interessados poderiam encontrar mais informações acerca do programa e, se assim desejassem, manifestar seu desejo de se submeter ao tratamento proposto.

Além disso, cartazes da campanha que foram colocados na mídia impressa e em outdoors situados em locais públicos, como pontos de ônibus transmitiam a mesma ideia de forma sintetizada: "Você gosta de crianças de uma forma que não deveria? Existe ajuda gratuita e confidencial",⁵⁶ e, ao final, exibiam o telefone de contato com o programa e a página eletrônica respectiva.

Adicionalmente, a partir de julho de 2012, o programa preventivo se vinculou ao mecanismo de busca da *Google*. Assim, quando um potencial consumidor de conteúdo pornográfico infantil realiza uma busca utilizando palavras-chave relacionadas ao abuso sexual de crianças, ele é automaticamente direcionado à página eletrônica do projeto, que contém todas as principais informações sobre o tratamento disponibilizado (BEIER, 2016).

Utilizando-se de todas essas estratégias, os idealizadores do projeto conseguiram atingir, com êxito, centenas de pessoas que se identificaram como pedófilos e se interessaram pela proposta apresentada.

5.1.3 Resultados obtidos

Após 3 (três) anos do lançamento do Projeto de Prevenção Dunkelfeld, foi realizado um estudo avaliando se as campanhas midiáticas foram eficazes para alcançar o público-alvo e estimulá-lo a procurar o tratamento oferecido pelo programa.

O estudo revelou que, no período compreendido entre junho de 2005 e agosto de 2008 – durante o qual "a cobertura da mídia incluiu mais de 80 contribuições em TV, rádio e internet, além de mais de 200 na mídia impressa regional, nacional e internacional" (BEIER *et al.*, 2009,

⁵⁵ "Early on I noticed that I'm a bit different. It was obvious what you should think of the likes of me: sicko, pervert, scum! I thought so too. But I didn't even act out my fantasies. In therapy I learned that no one is to blame for their sexual preference, but everyone is responsible for their own behavior. I don't want to be an offender!'. Preventative therapy prevents child sexual abuse!".

⁵⁶ "Lieben sie kinder mehr als ihnen lieb ist? es gibt häfe! kostenios und unter schweigepflibt". De acordo com Beier *et al.* (2009, p. 2), "the headline plays with the German language and can be translated as: "do you like children more than you/they like?" The question suggests a double meaning: both the (potential) offender and the child do not want sexual molestation".

p. 3)⁵⁷ – 808 (oitocentos e oito) indivíduos entraram em contato com o programa para obter mais informações e manifestaram interesse em participar do projeto, sendo que 45% deles, ou seja, 358 (trezentos e cinquenta e oito) indivíduos, chegaram a se deslocar ao ambulatório vinculado ao projeto para passar por uma avaliação completa. A maior parte das pessoas que responderam à campanha era proveniente da Alemanha, porém também foram identificados interessados originários da Áustria, da Suíça e da Inglaterra (BEIER *et al.*, 2009).

Dos 358 (trezentos e cinquenta e oito) indivíduos que passaram pela avaliação completa, 60.1% preencheram os requisitos do diagnóstico de pedofilia, 27.7% preencheram os requisitos do diagnóstico de hebefilia e 12.3% não preencheram os critérios diagnóstico de qualquer das parafilias (BEIER *et al.*, 2009).

Dos 314 (trezentos e catorze) pedófilos e hebefílicos diagnosticados, 74,5% admitiram que já haviam cometido algum crime sexual contra menores ou consumido conteúdo pornográfico infantil, sendo que 41% relataram nunca terem sido descobertos pelas autoridades públicas e processados (BEIER *et al.*, 2009).

Por fim, no que tange à busca por ajuda, dados obtidos a partir de uma amostra de 247 (duzentos e quarenta e sete) pedófilos e hebefílicos demonstraram que 85,7% já haviam revelado sua inclinação sexual a pessoas próximas, enquanto, em uma amostra de 273 (duzentos e setenta e três) pedófilos e hebefílicos, 46,5% haviam consultado recentemente um profissional de saúde – tendo a maior deles revelado sua parafilia na ocasião – e, dos restantes, 26% manifestaram que gostariam de fazê-lo (BEIER *et al.*, 2009).

De acordo com Beier *et al.* (2009), todos esses dados revelaram que a campanha de divulgação do projeto foi eficaz e logrou êxito em alcançar o público-alvo e mobilizá-lo. O fato de alguns dos participantes terem viajado longas distâncias com interesse em participar do projeto e o fato de aproximadamente metade deles já ter feito esforços anteriormente para buscar ajuda profissional evidenciam a existência de obstáculos à procura por auxílio, que restou frustrada.

Beier *et al.* (2009) apontam, ainda, que, não obstante mais de 70% dos entrevistados tenham consumido conteúdo pornográfico infantil ou cometido algum crime sexual contra menores, cerca de metade deles declarou que jamais manteve qualquer contato sexual com um menor. Os pesquisadores ressaltam, contudo, que esses percentuais podem não ser confiáveis na medida em que foram obtidos exclusivamente a partir do autorrelato e, mesmo com a

⁵⁷ “Subsequent to the 1st press conference the media coverage included more than 80 contributions in TV, on radio, and in the Internet as well as more than 200 in regional, national, and international print media”.

garantia de confidencialidade, é possível que alguns dos participantes tenham ocultado a prática de delitos sexuais no passado.

Todavia, ainda que se considere que mais da metade dos indivíduos que procuraram o programa já incorreu em práticas delituosas anteriormente, tal circunstância não esvazia a importância da existência do programa e do fornecimento de tratamento a indivíduos pedófilos. Ainda que o ideal seja, por meio dos métodos utilizados no âmbito do projeto, evitar que os parafilicos transponham a fronteira entre o transtorno e a criminalidade, ou seja, evitar que a pessoa que experimenta desejos e fantasias voltados a crianças pratique o primeiro crime contra elas, não se pode negar a relevância de evitar também a reincidência. Nessa esteira, o objetivo primordial do tratamento deve ser sempre evitar novas vítimas e novos crimes, independentemente de ser o primeiro delito do paciente ou não.

Uma vez confirmadas as hipóteses de que uma campanha midiática poderia obter êxito em alcançar pedófilos e hebefílicos autoidentificados e de que esses indivíduos estariam interessados em participar do projeto (BEIER *et al.*, 2009), os pesquisadores envolvidos no programa se propuseram a avaliar também os resultados apresentados pelos parafilicos que se submeteram ao tratamento oferecido no âmbito do Projeto de Prevenção Dunkelfeld.

Assim, em 2016, foi publicado um novo estudo em que se apontou que, no período compreendido entre junho de 2005 e março de 2015, “em média, 15-20 indivíduos contataram o gabinete de investigação em Berlim por mês, resultando em 2181 candidaturas, 906 avaliações e ofertas de tratamento a 459 indivíduos”.⁵⁸ Desse total, constatou-se que metade já havia praticado atos sexuais contra crianças e três quartos já havia acessado conteúdo pornográfico envolvendo crianças (BEIER, 2016).

Realizada a comparação entre um grupo de pedófilos e hebefílicos que participaram do programa de tratamento em grupo durante 1 (um) ano (n=53) e um grupo de controle (n=22), verificou-se que, não obstante não tenha havido melhora significativa em todos os fatores de risco para o comportamento sexual atípico, alguns deles apresentaram importantes reduções (BEIER, 2016; BEIER *et al.*, 2015).

Os aspectos avaliados na comparação estão relacionados às taxas de (re)incidência em comportamentos reprováveis verificados. Oficialmente, não há registros da prática, pelos participantes do projeto, durante o período de tratamento, de atos sexuais contra crianças ou do acesso a conteúdo pornográfico envolvendo crianças. Ou seja, não chegaram ao conhecimento

⁵⁸ “On average 15-20 individuals contacted the research office in Berlin per month, resulting in 2181 applications, 906 assessments and treatment offers to 459 individuals”.

das autoridades públicas quaisquer fatos dessa natureza envolvendo os participantes (BEIER, 2016).

Todavia, extraoficialmente, verificou-se que, entre os pedófilos e hebefílicos que já haviam praticado um crime sexual contra crianças ou já haviam consumido imagens de cunho sexual envolvendo crianças, as taxas de reincidência foram, respectivamente, 20% e 91%, havendo indícios de que a gravidade dos comportamentos sexuais contra menores tendeu a diminuir entre os indivíduos tratados. Por outro lado, nenhum participante que não havia tido contato sexual com crianças antes do tratamento o fez durante o tratamento, enquanto 24% dos indivíduos que jamais haviam acessado conteúdo pornográfico infantil o fizeram durante a participação no programa (BEIER, 2016).

Foi observado que os pacientes, após o tratamento, relataram menos solidão, menos déficits emocionais de empatia com as vítimas, menos atitudes de apoio a condutas caracterizadoras de abuso sexual de crianças, menos preocupação com aspectos sexuais e, na forma de lidar com a vida, menos submissão às emoções e potencialização da crença em suas próprias habilidades para alcançar um objetivo. A autorregulação sexual também sofreu melhorias, enquanto não foram observadas quaisquer modificações nesses mesmos aspectos no grupo de controle (BEIER, 2016; BEIER *et al.*, 2015).

A partir de todos os dados coletados durante os primeiros 10 (dez) anos do funcionamento do Projeto de Prevenção Dunkelfeld, Beier (2016, pp. 518-519) sintetiza as mais importantes conclusões deles extraídas:

1. Um número significativo de pedófilos e hebefílicos da comunidade não é conhecido da justiça e não tem contato com os serviços preventivos. Esses homens pedófilos e hebefílicos são criminosos em potencial ou criminosos reais. No entanto, eles permanecem indetectáveis no “dunkelfeld”;
2. Muitos pedófilos e hebefílicos que não são conhecidos do sistema de justiça estariam dispostos a participar de um programa de tratamento visando prevenir o abuso sexual infantil e o uso de imagens de abuso infantil, desde que saibam como acessar e sintam que podem confiar no anonimato e o compromisso de confidencialidade por especialistas especializados em avaliação e terapia de seu transtorno.
3. Uma campanha de mídia é capaz de comunicar esses objetivos.
4. A legislação na Alemanha sobre a denúncia de abuso sexual infantil e o uso de imagens de abuso infantil é uma vantagem para o sucesso deste programa preventivo: De acordo com a lei alemã, é considerado uma violação de confidencialidade para o terapeuta denunciar abuso sexual infantil cometido ou planejado ou uso de imagens de abuso infantil.
5. A situação atual em países com leis de notificação obrigatória sobre CSA e o uso de CAI permitiria pelo menos focar em potenciais infratores e, naqueles países com leis de notificação obrigatória apenas sobre CSA (mas não o uso de CAI), em adição mesmo em usuários reais de imagens de abuso infantil no “dunkelfeld” para fins preventivos. O uso de imagens de abuso infantil é um indicador de inclinação pedofílica e, portanto, o usuário é um alvo importante para a prevenção. O PPD mostra que é possível atingir os pedófilos/hebefílicos da comunidade e estimular esses homens a mudarem o hábito de usar imagens de abuso infantil. Além disso, indica a

probabilidade de evitar o cruzamento para abuso sexual infantil – o que seria uma abordagem promissora de prevenção primária para essa causa. Funcionará, se a confiança for alcançada, ou seja, garantindo o acesso anônimo e confidencial às ofertas de prevenção.

Tais conclusões são semelhantes às alcançadas por Engel *et al.* (2018), que, alguns anos mais tarde, realizaram e divulgaram um novo estudo avaliando os efeitos do tratamento sobre os participantes do Projeto de Prevenção Dunkelfeld (PPD) das cidades alemãs de Hannover e Regensburg.

A partir de informações fornecidas por meio do autorrelato, foi efetuada uma comparação entre um grupo de 35 (trinta e cinco) pacientes – antes e depois do tratamento –, um grupo de 51 (cinquenta e um) indivíduos que rejeitaram o tratamento e um grupo de 14 (catorze) indivíduos que abandonaram o tratamento após seu início. Os resultados apontaram que os pacientes que receberam integralmente o tratamento apresentaram redução dos comportamentos que de alguma forma favoreciam ou apoiavam o cometimento de atos de violência sexual, melhorias na capacidade de lidar com déficits de autoeficácia (confiança na própria capacidade de realizar uma tarefa) e passaram a se identificar menos com crianças.

Contudo, em que pese o entusiasmo de Beier e dos demais pesquisadores envolvidos no projeto com os resultados apresentados, o programa alemão não permaneceu imune a críticas e teve sua eficácia questionada por outros estudiosos.

Em 2019, Mokros e Banse publicaram um estudo em que os efeitos do tratamento oferecido no âmbito do Projeto de Prevenção Dunkelfeld (PPD), divulgados por Beier e colegas, foram reavaliados e sugeriram que, na realidade, não existiria qualquer evidência de que os participantes do projeto realmente se tornaram menos propensos à prática de crimes sexuais contra crianças.

A divergência entre as conclusões alcançadas, de acordo com Mokros e Banse (2019), se deve ao fato de o estudo originário não ter efetuado de forma adequada a comparação entre os dados coletados do grupo de controle e os dados coletados do grupo que passou pelo tratamento. Nesse sentido, os pesquisadores apontam que o relatório original inclui somente comparações diretas entre os dados de ambos os grupos nos estágios anterior e posterior ao tratamento, sem, no entanto, quantificar o efeito das mudanças observadas.

Com o objetivo de corrigir tal equívoco, Mokros e Banse (2019) procederam ao cálculo de um índice que reflete o tamanho das mudanças ocorridas nos grupos entre si. Para tanto, foram considerados 12 (doze) fatores de risco dinâmicos – concernentes à disfunção emocional dos participantes, atitudes reveladoras de apoio ou incentivo a ofensas sexuais, desregulação

sexual e gerenciamento de impressões – e 2 (dois) comportamentos criminosos – violação da dignidade sexual de crianças e consumo de conteúdo pornográfico envolvendo crianças.

Diferentemente do que se esperava, foi observado um grau fraco e estatisticamente irrelevante de efeito do tratamento sobre todos os 14 (catorze) indicadores. Não obstante conste no estudo original que existiriam diferenças estatísticas relevantes entre o grupo tratado e o grupo de controle, essas informações não seriam confiáveis, uma vez que não foram obtidas a partir da análise da relação “tempo x interação de grupos”, que efetivamente seria capaz de demonstrar que o grupo tratado apresentou maior grau de melhora do início ao fim do tratamento que o grupo de controle (MOKROS; BANSE, 2019).

Cumprido ressaltar, contudo, que, assim como os relatórios originais que apontam para a eficácia do Projeto de Prevenção Dunkelfeld (PPD), o estudo por meio do qual Mokros e Banse (2019) contestam tal eficácia também deve ser acatado com reservas, devido às suas limitações.

Conforme endossaram os próprios pesquisadores, a circunstância de o estudo por eles conduzido ter contado com as mesmas limitações estatísticas do estudo original faz com que seus resultados não autorizem a conclusão de que não existe a possibilidade de o tratamento ser efetivo. Além disso, existem divergências, com outras pesquisas empíricas, quanto à determinância dos fatores dinâmicos de risco selecionados para a prática de crimes sexuais contra menores, de modo que a escolha de outros fatores para análise poderia ter conduzido a uma conclusão diversa.

Ademais, não se pode perder de vista que todos os estudos concernentes à eficácia do tratamento sobre os participantes do Projeto de Prevenção Dunkelfeld (PPD) foram realizados a partir de amostras muito pequenas, pelo que se revela temerário presumir que os resultados alcançados seriam os mesmos caso os grupos analisados contassem com uma quantidade mais significativas de integrantes. Além disso, considerando a complexidade das questões trabalhadas no âmbito do programa e a natureza dos efeitos pretendidos com o tratamento, o período de apenas 1 (um) ano para avaliação dos resultados também parece insuficiente.

Por fim, observa-se que as pesquisas não trazem dados específicos relativos ao tratamento recebido por cada participante, em especial quanto à medicação administrada, o que obsta a aferição de quais abordagens podem ter sido decisivas para os efeitos obtidos e quais métodos poderiam ser modificados na tentativa de atingir resultados mais satisfatórios.

5.2 Estados Unidos

Em matéria criminal, os Estados Unidos são considerados referência mundial, seja no que concerne às pesquisas dedicadas ao tema, seja no que diz respeito à criminalização de condutas e respectivas punições em caso de violação. Para os juristas habituados à estrutura jurídica brasileira, o modelo de funcionamento estadunidense pode ser especialmente desafiador de compreender, uma vez que cada um dos 51 (cinquenta e um) estados que compõem o país possui legislação própria, não aplicável aos demais.

Assim, relativamente aos delitos sexuais, são encontradas variações dos nomes e definições típicas, bem como das penas cominadas. O Código Penal da Califórnia, por exemplo, prevê, no respectivo Título 9, os “crimes contra a pessoa envolvendo abuso sexual e crimes contra a decência pública e a boa moral”,⁵⁹ no qual se insere o Capítulo 1, que trata dos crimes de “estupro, rapto, abuso carnal de crianças e sedução”⁶⁰. Em tal capítulo consta que praticar atos de natureza sexual com menor de 14 (catorze) anos de idade, quando o agente é no mínimo 7 (sete) anos mais velho que a vítima, caracteriza “agressão sexual agravada a uma criança”,⁶¹ sancionada com a pena mínima de 15 (quinze) anos de prisão, podendo chegar à prisão perpétua.

O Código Penal do Texas (2022, s.p.), a seu turno, prevê, no respectivo “Capítulo 21. Ofensas Sexuais”,⁶² constante do “Título 5. Ofensas contra a pessoa”,⁶³ o crime de “abuso sexual contínuo de criança ou indivíduo deficiente”.⁶⁴ Consta do aludido dispositivo:

(b) Uma pessoa comete um delito se: (1) durante um período de 30 ou mais dias de duração, a pessoa comete dois ou mais atos de abuso sexual, independentemente de os atos de abuso sexual serem cometidos contra um ou mais vítimas; e (2) no momento da prática de cada um dos atos de abuso sexual, o autor tem 17 anos ou mais e a vítima é: (A) uma criança menor de 14 anos, independentemente de o autor conhecer a idade da vítima no momento do crime; ou (B) um indivíduo com deficiência.⁶⁵

Condenados pela prática de tal infração penal também podem ser punidos com a prisão perpétua, não se admitindo que o período de prisão a ser cumprido seja inferior a 25 (vinte e cinco) anos.

⁵⁹ “OF CRIMES AGAINST THE PERSON INVOLVING SEXUAL ASSAULT, AND CRIMES AGAINST PUBLIC DECENCY AND GOOD MORALS”.

⁶⁰ “Rape, Abduction, Carnal Abuse of Children, and Seduction”.

⁶¹ “Aggravated sexual assault of a child”.

⁶² “CHAPTER 21. SEXUAL OFFENSES”.

⁶³ “TITLE 5. OFFENSES AGAINST THE PERSON”.

⁶⁴ “CONTINUOUS SEXUAL ABUSE OF YOUNG CHILD OR DISABLED INDIVIDUAL”.

⁶⁵ “(b) A person commits an offense if: (1) during a period that is 30 or more days in duration, the person commits two or more acts of sexual abuse, regardless of whether the acts of sexual abuse are committed against one or more victims; and (2) at the time of the commission of each of the acts of sexual abuse, the actor is 17 years of age or older and the victim is: (A) a child younger than 14 years of age, regardless of whether the actor knows the age of the victim at the time of the offense; or (B) a disabled individual”.

Preconiza, também, o Código Penal do Texas (2022, s.p.), ao dispor sobre o crime de “agressão sexual”,⁶⁶ que uma pessoa comete um crime se:

(2) independentemente de saber a idade da criança no momento do delito, a pessoa intencionalmente ou conscientemente: (A) causar a penetração do ânus ou órgão sexual do uma criança por qualquer meio; (B) provoque a penetração da boca de uma criança pelo órgão sexual do ator; (C) faça com que o órgão sexual de uma criança entre em contato ou penetre na boca, ânus ou órgão sexual de outra pessoa, incluindo o ator; (D) faça com que o ânus de uma criança entre em contato com a boca, ânus ou órgão sexual de outra pessoa, incluindo o ator; ou (E) faça com que a boca de uma criança entre em contato com o ânus ou órgão sexual de outra pessoa, incluindo o ator.⁶⁷

Para fins de caracterização de tal delito – que, diferentemente do anterior, que é um delito de “primeiro grau”, é um crime mais grave, considerado de “segundo grau” – considera-se “criança” qualquer menor de 17 (dezessete) anos de idade.

O Código Penal da Flórida, por sua vez, prevê, no capítulo concernente ao crime de “*sexual battery*”, que “uma pessoa de 18 anos de idade ou mais que comete agressão sexual, ou na tentativa de cometer agressão sexual, fere os órgãos sexuais de uma pessoa com menos de 12 anos de idade comete um crime capital”.⁶⁸ Os crimes capitais, na Flórida, podem ser punidos com a morte ou com a prisão perpétua.

Dos exemplos mencionados – que, ressalte-se, sequer se aproximam de esgotar as disposições concernentes aos crimes sexuais envolvendo menores na legislação americana – extrai-se que os Estados Unidos tratam com rigor aqueles que de alguma forma atentam contra a dignidade sexual das crianças, que, quando não são condenados à prisão perpétua ou à própria pena de morte, recebem penas corporais extremamente elevadas, que em muito excedem as penas mínimas cominadas para os delitos análogos existentes no Brasil.

Ademais, as consequências para aqueles que incorrem no cometimento de tais infrações não se limitam ao cumprimento de uma pena privativa de liberdade. Por força da Lei Federal de Megan,⁶⁹ todos os indivíduos condenados por crimes sexuais no país norte-americano devem ter suas informações registradas em uma lista de acesso livre, da qual constam, inclusive, endereço e local de trabalho atualizados. De acordo com Rodrigues (2014, pp. 106-107), “o

⁶⁶ “sexual assault”.

⁶⁷ “(2) regardless of whether the person knows the age of the child at the time of the offense, the person intentionally or knowingly: (A) causes the penetration of the anus or sexual organ of a child by any means; (B) causes the penetration of the mouth of a child by the sexual organ of the actor; (C) causes the sexual organ of a child to contact or penetrate the mouth, anus, or sexual organ of another person, including the actor; (D) causes the anus of a child to contact the mouth, anus, or sexual organ of another person, including the actor; or (E) causes the mouth of a child to contact the anus or sexual organ of another person, including the actor”.

⁶⁸ “A person 18 years of age or older who commits sexual battery upon, or in an attempt to commit sexual battery injures the sexual organs of, a person less than 12 years of age commits a capital felony”.

⁶⁹ Megan’s Law.

principal objetivo desse dispositivo é a constante vigilância dos egressos do sistema carcerário e a transferência para a sociedade civil do controle dos corpos e dos movimentos das pessoas condenadas”.

Não bastasse isso, em alguns estados, como no caso da Flórida, o tribunal pode determinar que o indivíduo condenado pela prática de delito sexual seja tratado com acetato de medroxiprogesterona, desde que presentes os requisitos legais e haja indicação clínica para tanto. O condenado pode também ficar proibido de portar medicamentos para tratamento de disfunção erétil e, a depender das circunstâncias do crime e da qualificação do agente, até mesmo seus benefícios de aposentadoria podem ficar sujeitos à caducidade.

Considerando todos os efeitos que a condenação em função do cometimento de um crime sexual pode surtir, resta evidente a pretensão dos legisladores norte-americanos de punir com o maior rigor possível os autores de infrações dessa natureza e assegurar que eles não permaneçam representando um risco à população em geral.

Sabe-se, contudo, que a punição severa dos delinquentes não é suficiente para impedir que novos crimes ocorram. Na medida em que os Estados Unidos, apesar do rigor com que tratam a questão, optaram por criminalizar apenas condutas, e não a condição de “ser” pedófilo – uma vez que não utiliza tal termo ao descrever os tipos penais – as sanções cominadas e demais efeitos previstos não se prestam a prevenir a transposição da fronteira entre a parafilia e a criminalidade.

Faz-se necessário, portanto, frisar a importância das abordagens preventivas que sejam capazes de alcançar indivíduos sob maior risco de cometer uma infração sexual, mas que não estejam inseridos no sistema de justiça. Nos Estados Unidos, já existem iniciativas destinadas a suprir a demanda por atendimento profissional a pessoas que se sentem sexualmente atraídas por menores, mas desejam permanecer nos limites impostos pela legalidade.

5.2.1 B4U ACT

A *B4U Act*, cujo nome representa um jogo de palavras que pode ser traduzido como “antes de você agir”, é uma organização sem fins lucrativos fundada em 2003 e sediada em Maryland, nos Estados Unidos, que tem como objetivo fornecer suporte emocional e psicológico a pessoas que se sintam sexualmente atraídas por crianças. Nesse sentido, a organização, reconhecendo a pedofilia enquanto uma questão de saúde mental, defendendo o direito de os portadores da parafilia terem acesso a serviços humanizados e efetivos que lhes

proporcionem condições de lidar com o transtorno sem que sua vida em sociedade seja prejudicada (REISMAN; STRICKLAND, 2011).

Para tanto, levando em consideração os receios experimentados pelas pessoas sexualmente atraídas por crianças em procurar ajuda profissional – como o medo de rejeição, o estigma associado à pedofilia e o medo de tratamentos agressivos ou de denúncias –, a *B4U Act* proporciona formação especializada aos profissionais de saúde mental para que eles sejam capazes de empregar as abordagens adequadas ao lidar com pedófilos. Por outro lado, a organização também auxilia pacientes em potencial a encontrar o profissional mais adequado às suas necessidades, orientando-os quanto aos critérios que devem ser levados em consideração no processo de escolha e, inclusive, indicando profissionais que se declaram aptos a lidar com demandas dessa natureza.

Nesse contexto, foram estabelecidos alguns princípios basilares que os profissionais vinculados à *B4U Act* devem assimilar para que possam ser considerados aptos a trabalhar diretamente com pessoas sexualmente atraídas por crianças: os princípios do desenvolvimento; da individualidade; da humanidade; da necessidade; da confidencialidade; da redução do estigma; e da educação.

É indispensável, assim, que o profissional compreenda que a parafilia contém aspectos de ordem emocional e sexual, não se tratando de uma escolha de seu portador; que cada paciente deve ser individualmente considerado com suas características particulares, não devendo haver presunção de que todos os indivíduos parafilicos sejam idênticos; e que os pacientes devem ser tratados de forma respeitosa, humanizada e isenta de julgamentos, e não como criminosos que não podem ou devem participar ativamente da sociedade em que estão inseridos.

Além disso, a postura do profissional deve ser adequada de forma a permitir que o paciente seja completamente honesto em relação às suas necessidades e possa falar abertamente, inclusive sobre seus sentimentos e desejos sexuais atípicos. Para tanto, a confidencialidade é um aspecto essencial, razão pela qual o terapeuta deve manter o máximo de sigilo quanto aos sentimentos e desejos do paciente e informá-lo, logo no início do atendimento, acerca das hipóteses legais que ensejam a quebra da confidencialidade de suas declarações.

Por fim, a desconstrução do estigma associado à pedofilia é um dos mais importantes princípios que regem a organização, que prega a necessidade de ultrapassar os falsos estereótipos e promover compreensão e acolhimento para que as pessoas sexualmente atraídas por menores se sintam estimuladas a procurar ajuda profissional e possam efetivamente se beneficiar dos métodos de tratamento disponíveis. Neste aspecto, a educação das pessoas a

respeito das parafilias e da forma mais adequada de lidar com seus portadores é um instrumento fundamental.

No que tange à perspectiva do paciente, a *B4U Act* orienta as pessoas que estejam em busca de ajuda profissional a coletarem algumas informações a respeito do terapeuta pretendido antes de efetivamente iniciar o tratamento, de forma a assegurar que a abordagem a ser utilizada seja adequada aos objetivos visados e que o profissional realmente seja apto a lidar com a demanda apresentada. Nesse sentido, recomenda-se que o paciente se informe acerca da formação profissional do terapeuta, de sua experiência prévia com pessoas sexualmente atraídas por menores, da eventual existência de conflitos de interesse e do plano de tratamento a ser adotado.

Esclarecimentos sobre os limites da confidencialidade das sessões de terapia e do sigilo profissional também devem ser buscados prontamente para que o paciente não corra o risco de ser posteriormente surpreendido com a relativização de tais direitos.

Uma vez que o paciente encontre um terapeuta apto a lidar com seu problema e atender às suas expectativas e necessidades e esteja ciente do funcionamento do processo terapêutico e respectivas regras, pode ser iniciada a psicoterapia nos moldes propostos pela organização. Nesse sentido, o guia de psicoterapia elaborado pela *B4U Act* estipula que o tratamento efetivo das pessoas sexualmente atraídas por menores é regido pelos princípios da confiança, da autonomia, do foco no paciente e da base de conhecimento.

Extrai-se de tais princípios que entre o terapeuta e o paciente deve ser estabelecida uma relação de confiança, de modo que o segundo se sinta confortável para expor seus pensamentos e sentimentos, bem como tenha sua vontade de se submeter ou não a determinadas abordagens respeitada e participe ativamente das decisões concernentes ao seu tratamento.

Uma base sólida de conhecimento, por fim, é essencial para que o terapeuta não se torne refém dos estereótipos disseminados pela sociedade e incorra no comum equívoco de acreditar que todo pedófilo, necessariamente, já praticou ou em algum momento praticará algum crime sexual contra menores. Ao compreender a diferença entre a pessoa sexualmente atraída por menores e o criminoso sexual e assimilar os aspectos técnicos da parafilia, o profissional se torna apto a tratar seus pacientes empregando métodos cientificamente embasados e que sejam capazes de suprir suas necessidades individuais.

Nota-se, a partir disso, que a abordagem psicoterapêutica proposta e intermediada pela organização *B4U Act* está em consonância com as considerações propostas por Heppner e Claiborn (1989), Saunders (1999), Martin *et al.* (2000), Marshall *et al.* (2003) e Merry,

Muslihah e Wihastuti (2020) acerca da melhor forma de conduzir o tratamento para extrair a máxima eficácia da psicoterapia.

O auxílio oferecido pela organização *B4U Act*, contudo, não se esgota com o estabelecimento de uma relação entre o paciente pedófilo e o profissional de saúde mental. Pensando nas angústias experimentadas pelas pessoas que convivem com um parafilico que apresenta inclinação sexual por menores, a entidade também oferece um grupo de apoio virtual e confidencial, por meio do qual familiares e amigos de indivíduos pedófilos podem trocar experiências, falar abertamente sobre seus sentimentos e pensamentos e se apoiar mutuamente.

Considerando o acima exposto, nota-se que o foco da abordagem proposta pela *B4U Act* é a psicoterapia, não havendo menção ao oferecimento de outras formas de tratamento concomitantes que possam contribuir para a supressão dos desejos pedofílicos, como a farmacoterapia. É possível que, uma vez iniciadas as sessões de psicoterapia, o profissional de saúde mental identifique a necessidade de uma intervenção de ordem biológica e, caso o paciente seja apto para tanto, prescreva algum medicamento. Todavia tal providência ultrapassa o campo de domínio da organização.

Não obstante a iniciativa da *B4U Act* não tenha sido objeto de estudos destinados a aferir a eficácia do tratamento proposto para reduzir a ocorrência de crimes sexuais contra menores, a página eletrônica da organização conta com um espaço em que pedófilos podem enviar anonimamente seus relatos compartilhando como eles foram capazes de contornar sua parafilia e se tornar membros ativos da comunidade, vivendo dentro dos limites da legalidade.

O relato enviado por “Bem”, da Austrália, em 14 de julho de 2012, que percebeu o próprio interesse sexual em menores de idade ainda no início da adolescência e chegou a ser condenado criminalmente aos 20 (vinte) anos em virtude do envolvimento sexual com um menino de 13 (treze) anos, endossa a importância da ajuda de terceiros no processo de aceitação da condição de pedófilo e controle dos impulsos que dela decorrem:

Nos últimos anos, me envolvi em alguns grupos de homens locais. Eu compartilhei sobre meu próprio passado e ouvi sobre os desafios que outros homens enfrentaram. Isso me ajudou a ganhar alguma perspectiva e perceber que os desafios que enfrentei não são especialmente únicos, embora minhas atrações possam ser. De muitas maneiras, e durante grande parte da minha vida, deixei minha atração por garotos definir quem eu sou. Mais recentemente, consigo me ver como marido e pai, e profissional no meu trabalho. Manter-me ocupado me impede de sentir pena de mim mesmo e, além do trabalho e da família, participo e ajudo a administrar os fins de semana dos homens, ajudo em algumas iniciativas locais de sustentabilidade e gosto de motociclismo, fotografia e viagens.⁷⁰

⁷⁰ “Over the last few years I have become involved in some local men’s groups. I have shared about my own past and heard about challenges other men have faced. This has helped me gain some perspective and realise the

A importância de manter uma relação de confiança com um profissional de saúde mental, com quem se possa ser honesto a respeito dos próprios desejos e sentimentos, também é ressaltada por “Sterling”, que enviou seu relato em 28 de maio de 2012, quando contava com aproximadamente 50 (cinquenta) anos de idade:

Essa é a grande desvantagem da minha atração: o isolamento. Tenho sorte de ter um terapeuta com quem posso conversar livremente sobre isso, mas não há mais ninguém em minha vida em quem possa confiar dessa maneira. Há todo um lado da minha vida que não posso compartilhar com minha namorada ou rede social mais ampla. Também me sinto à margem de uma sociedade que me odeia por meus pensamentos. Talvez algum dia eu encontre outro MAP na área metropolitana de Boston que possa ser um verdadeiro amigo e aliviar minha sensação de isolamento.⁷¹

“Matthew”, que também se manifestou na página eletrônica em 28 de maio de 2012, endossou a importância da comunicação com pessoas que enfrentam o mesmo problema, uma vez que o sentimento de solidão é um dos principais obstáculos a serem enfrentados quando alguém se autoidentifica como pedófilo:

Quando eu tinha vinte e poucos anos, estava procurando fotos de uma garotinha que estava em um curta-metragem que eu havia assistido recentemente. Não havia muitos online, mas ela foi brevemente mencionada em um site dedicado a pessoas atraídas por meninas e, pela primeira vez, pude compartilhar meu interesse com outras pessoas como eu. Este foi um momento incrivelmente feliz e emocionante para mim, pois comecei a perceber que não estava sozinho.⁷²

Mais recentemente, em 16 de junho de 2020, “Kristian” compartilhou na página eletrônica da *B4U Act* que, embora ele já tenha sido dominado pelo impulso de consumir conteúdo pornográfico infantil, foi capaz de aprender a controlar seu comportamento e compreender de que forma ele impactava negativamente a vida de terceiros:

challenges I have faced are not especially unique even though my attractions may be. In many ways, and for much of my life, I let my attraction to boys define who I am. More recently, I am able to see myself as a husband and father, and professional in my work. Keeping busy stops me feeling sorry for myself and besides work and family, I attend and help run men’s weekends, help with some local sustainability initiatives, and enjoy motorcycling, photography and travel”.

⁷¹ “That is the major downside to my attraction: the isolation. I am lucky to have a therapist I can talk with freely about it, but there is no one else in my life that I can trust in that way. There is a whole side to my life I cannot share with my girlfriend or broader social network. I also feel alienated from a society that hates me for my thoughts. Perhaps someday, I’ll find another MAP in the greater Boston area who could be a real friend and ease my sense of isolation”.

⁷² “When I was in my early twenties, I had been looking for pictures of a little girl who was in a short film that I had recently watched. There weren’t many online, but she was briefly mentioned on a site dedicated to people attracted to young girls, and so for the first time, I was able to share my interest with others like myself. This was an incredibly happy and exciting time for me, as I first started to realize I was not alone”.

Minha vida hoje em dia não é mais controlada pelo meu desejo de gratificação sexual através do uso de imagens de abuso sexual infantil, como foi por cerca de 10 anos. Percebi que mesmo sendo uma pessoa atraída por menores, posso manter o controle do meu comportamento e, mais importante, que minhas ações naquela época realmente prejudicaram os jovens que eu disse a mim mesmo que não estava prejudicando.⁷³

Evidentemente, na medida em que tais relatos foram compartilhados anonimamente, em uma página aberta na qual qualquer usuário de um dispositivo eletrônico pode escrever o que desejar, sem passar por qualquer tipo de controle, não é possível adotar essas declarações como provas irrefutáveis de que a participação em grupos de apoio e a realização de psicoterapia são suficientes e eficazes no controle dos desejos e impulsos sexuais pedofílicos.

Todavia, há que se considerar que, mesmo quando são realizados estudos científicos com o objetivo de avaliar a eficácia de determinado tratamento contra os sintomas da pedofilia, o autorrelato é um dos principais meios empregados para aferir os resultados alcançados. Assim, não obstante seja recomendável que a organização realize o acompanhamento dos pacientes que se submetem à psicoterapia por ela proposta, de forma a potencializar a coleta de relatos e resultados mais confiáveis, a inexistência, até o momento, de uma pesquisa com rigor científico não autoriza a presunção de que a intervenção proposta pela *B4U Act* é ineficaz.

5.2.2 *Virtuous pedophiles*

Nascida em junho de 2012, a página eletrônica *Virtuous Pedophiles* se originou de uma ruptura de seus fundadores, Nick Devin e Ethan Edwards (pseudônimo), com a organização *B4U Act*, de cujo grupo de apoio eram integrantes, na medida em que se identificam como pessoas que se sentem sexualmente atraídas por menores. De acordo com os fundadores Devin e Edwards, a ruptura foi provocada pela divergência de pensamento relativamente ao envolvimento sexual entre adultos e crianças: enquanto a *B4U Act* se recusava a reconhecer que tais relações seriam inerentemente inadequadas e preconizava que o principal problema envolvendo a questão seria, na realidade, a mentalidade da sociedade contemporânea, eles partem do princípio fundamental de que a prática sexual entre adultos e crianças é intrinsecamente errada, independentemente de quaisquer outros fatores.

⁷³ “My life these days is no longer controlled by my desire for sexual gratification through the use of child sexual abuse images, as it was for about 10 years. I have come to realize that even though I am a minor-attracted person I can keep control of my behavior and, more importantly, that my actions back then did indeed harm the young people that I told myself I was not harming”.

Partindo desse pressuposto, a página eletrônica, que ganhou uma nova versão em julho de 2017, foi criada com o objetivo de funcionar como um grande grupo de apoio para pedófilos que, conscientes de que práticas sexuais entre adultos e crianças são inaceitáveis, estejam dispostos a conviver com sua inclinação sexual atípica nos limites impostos pela legalidade, sem exteriorizar qualquer comportamento que possa ser nocivo aos infantes. Combater o estigma associado à pedofilia e propagar a informação no sentido de que o diagnóstico de pedofilia não implica, necessariamente, no cometimento de crimes sexuais também são missões do *Virtuous Pedophiles*, que, em síntese, busca que as pessoas que sentem atração sexual por crianças sejam concebidas como seres humanos e tenham acesso à ajuda de que necessitam.

Assim, o grupo, que coloca pedófilos em contato uns com os outros para que possam compartilhar seus pensamentos, sentimentos e aflições, é direcionado às pessoas que, apesar de se identificarem com o diagnóstico de pedofilia, jamais tenham praticado qualquer conduta sexual contra menores e não pretendam fazê-lo. Não obstante, pedófilos que já tenham mantido algum contato sexual com crianças no passado também são aceitos no grupo de apoio, desde que estejam verdadeiramente comprometidos com o objetivo de não repetir a conduta.

Tal objetivo orientou, inclusive, a escolha do nome do grupo: *Virtuous Pedophiles* (pedófilos virtuosos, em tradução literal) representa a possibilidade de um indivíduo, apesar de se identificar como um pedófilo, ou seja, de experimentar atração sexual por crianças, não representar um risco a elas e ser capaz de ser um membro ativo e comum da comunidade, suprimindo voluntariamente seus desejos.

Para tanto, as regras do grupo proíbem que sejam postados nos fóruns de discussão quaisquer conteúdos eróticos ou *links* que direcionem a esse tipo de conteúdo. Qualquer comentário ou debate que possa de alguma forma incentivar a prática de condutas sexuais também é vedada. Os fóruns são destinados exclusivamente a reduzir o sentimento de desespero e solidão comumente experimentado por pedófilos e discutir sobre as formas de manter a parafilia sob controle, sempre mantendo em mente, contudo, que relações entre adultos e crianças são inconcebíveis.

A página eletrônica orienta os interessados em participar do grupo de apoio a entrar em contato por meio de um endereço de *e-mail* e descrever brevemente a própria situação e as razões do interesse em integrar o grupo. Exige-se somente que o interessado seja maior de 18 (dezoito) anos de idade e esteja verdadeiramente comprometido com o objetivo de não ofender a dignidade sexual de nenhum menor.

Até janeiro de 2022, mais de 7.000 (sete mil) pessoas já haviam enviado mensagens manifestando o desejo de ser membro do *Virtuous Pedophiles* e participar dos fóruns de

discussão. Na página eletrônica é possível acessar parte do conteúdo das mensagens que o grupo recebe diariamente, das quais é possível extrair que a demanda por auxílio a pessoas que se enquadram no diagnóstico de pedofilia e não desejam agir de acordo com seus desejos é real e urgente:

Quando eu estava no final da adolescência me vi atraído por pré-adolescentes. Fui pesquisar na web por ajuda para aqueles com pedofilia. Só encontrei sites que promoviam relações sexuais entre adultos e crianças ou que tratavam todos os pedófilos como criminosos. Isso me incomodou muito. Por causa disso eu tinha muita vergonha da minha atração e às vezes me sentia deprimido com o passar dos anos e quase cheguei a cometer suicídio.⁷⁴

Sou considerado um pedófilo. Eu tenho sonhos e pensamentos sexuais com pré-adolescentes. Nunca agi de acordo com meus impulsos. Tenho muito medo de baixar pornografia online e nunca consigo encontrar alguém com o mesmo interesse que eu. Eu não ousaria fisicamente tentar performar meus pensamentos, mas preciso de ajuda para encontrar pessoas com o mesmo interesse antes de me meter em problemas.⁷⁵

Tenho 24 anos e moro na América do Sul. Também sou pedófilo desde o meu aniversário de 10 anos (que eu me lembre). Acabei encontrando uma comunidade internacional para apoiar os pedófilos (boylovers) na internet, mas infelizmente essas comunidades incentivam o pedófilo a agir e não a procurar tratamento adequado, afirmam que ser pedófilo é certo e que não fazemos nada de errado. Mas meu coração sempre me disse o contrário... O dia em que o mundo parar de nos ver como criminosos e começar a nos ver como seres humanos que precisam de ajuda sem julgamento é o dia em que teremos liberdade, e com certeza o índice de violência contra crianças irá diminuir.⁷⁶

Tais relatos, aliados aos testemunhos também enviados ao correio eletrônico do *Virtuous Pedophiles*, de parentes e amigos de pessoas que cometeram suicídio em virtude da atração sexual por menores que experimentavam, evidenciam que a oferta de tratamento de todas as naturezas ainda é muito inferior ao que seria necessário para suprir as necessidades de todos os que padecem dessa condição. A perpetuação da escassez de abordagens que

⁷⁴ “When I was in my late teens I found myself attracted to young teens. I went searching the web for help for those with pedophilia. I only found websites that promoted adult-child sex or that treated all pedophiles as criminals. This very much bothered me. Because of that I was very ashamed of my attraction and at times would become depressed over the years and almost suicidal”.

⁷⁵ “I’m considered a pedophile. I have dreams and thoughts of preteens sexually. Never acted upon the urges. Too scared to download porn online and I can never meet anyone with the same interest. I wouldn’t dare physically try to act out my thoughts but I need help finding people with the same interest before I get myself in trouble”.

⁷⁶ “I’m 24 years old and live in South America. I am also a pedophile since my 10th birthday (that I remember). I ended up finding some international community to support pedophiles (boylovers) in the internet ... but unfortunately these communities encourage the pedophile and not to seek appropriate treatment, they contend that being a pedophile is right and we do nothing wrong. But my heart always told me to the contrary ... The day the world stops seeing us as criminals and starts seeing us as human beings in need of help without judgment is the day we have freedom, and certainly the rate of violence against children will decrease”.

possibilitem a supressão ou o controle dos impulsos pedofílicos, nitidamente, apenas contribuirá para que os índices de suicídios e de crimes sexuais contra menores se elevem.

5.3 Reino Unido

Embora o funcionamento do sistema jurídico dos países que adotaram o *common law* em muito divirja do que se verifica nos países que adotaram o *civil law*, isso não significa que não possam ser encontrados pontos comuns relevantes ou que um não possa contribuir significativamente para a abordagem de determinada questão em outro.

Nesse sentido, nota-se que parece haver, ao menos entre os países ocidentais, um grande consenso no sentido de que interações sexuais entre adultos e crianças são inaceitáveis e devem ser combatidas e criminalizadas. Ademais, assim como se verifica no Brasil, na Alemanha e nos Estados Unidos, o legislador anglo-saxão também se atentou à importante diferença entre a pedofilia e a prática de atos sexuais em face de menores, razão pela qual não há utilização do termo “pedofilia” em qualquer dos dispositivos legais que se referem à proteção dos impúberes e pré-púberes.

Não há, desse modo, a criminalização do sentimento de atração sexual por menores, mas tão somente de ações concretas que estão previstas na Lei dos Crimes Sexuais (*Sexual Offences Act*), editada em 2003, na Inglaterra. O referido diploma legal, subdividido em categorias, conta com seções específicas destinadas aos crimes sexuais em que o sujeito passivo seja criança ou adolescente, sendo nítido o interesse do legislador em tutelar de forma especial os menores de 16 (dezesseis) anos.

Nas seções 5 (cinco) a 8 (oito), inseridas no capítulo “estupro e outras ofensas contra crianças menores de 13 (treze) anos” (*rape and other offences against children under 13*), são previstos os delitos de estupro de criança menor de 13 (treze) anos (*rape of a child under 13*) – cujo sujeito ativo somente pode ser homem, em virtude da exigência, para a caracterização do crime, de que haja penetração do pênis na vagina, ânus ou boca da vítima –, violação de criança menor de 13 (treze) anos por penetração (*assault of a child under 13 by penetration*) – que contempla a penetração da vagina ou do ânus da vítima com qualquer parte do corpo ou objeto –, violação sexual de criança menor de 13 (treze) anos (*Sexual assault of a child under 13*) – correspondente ao toque lascivo dirigido a um menor de 13 (treze) anos – e constranger ou incitar uma criança menor de 13 (treze) anos a se envolver em atividade sexual (*causing or inciting a child under 13 to engage in sexual activity*). Em caso de condenação pela prática da

primeira ou da segunda conduta, o agente poderá ser sancionado com a prisão perpétua, dada a gravidade atribuída ao comportamento.

Na sequência, as seções 9 a 15A constituem o capítulo intitulado “crimes sexuais contra crianças” (*Child sex offences*), que preveem os crimes de atividade sexual com criança (*Sexual activity with a child*), constranger ou incitar uma criança a se envolver em atividade sexual (*causing or inciting a child to engage in sexual activity*), praticar ato sexual na presença de criança (*engaging in sexual activity in the presence of a child*), fazer com que uma criança assista a um ato sexual (*causing a child to watch a sexual act*), organizar ou facilitar a prática de crimes sexuais contra crianças (*arranging or facilitating commission of a child sex offence*), encontrar-se com uma criança com o objetivo de assediá-la sexualmente (*meeting a child following sexual grooming etc.*) e se comunicar sexualmente com uma criança (*sexual communication with a child*).

A Lei dos Crimes Sexuais contém, ainda, previsões específicas relativas aos casos em que os crimes supramencionados sejam praticados mediante abuso da posição de garantidor (*abuse of position of trust*) ou no âmbito familiar (*familial child sex offences*), o que também se revela um ponto de convergência entre a legislação anglo-saxã e a legislação brasileira, que, por meio da previsão inserta no artigo 226, inciso II, do *Código Penal*, pune de forma mais rígida o cometimento, por parentes ou pessoas em posição de autoridade, de crimes sexuais contra vulneráveis.

A exploração sexual infantil (*sexual exploitation of children*) também foi repelida pelo legislador criminal do Reino Unido, que, nas seções 47 a 50 da Lei dos Crimes Sexuais, cuidou de criminalizar as condutas consistentes em pagar pelos serviços sexuais de uma criança (*paying for sexual services of a child*), provocar ou incitar a exploração sexual de uma criança (*causing or inciting sexual exploitation of a child*), controlar uma criança no âmbito da exploração sexual (*controlling a child in relation to sexual exploitation*) e providenciar ou facilitar a exploração sexual de uma criança (*arranging or facilitating sexual exploitation of a child*), podendo ser imposta a prisão perpétua ao agente a depender do caso concreto.

O tratamento conferido à produção, posse ou distribuição de conteúdo pornográfico envolvendo criança, por outro lado, está previsto na Lei de Proteção da Criança de 1978 (*Protection of Children Act 1978*) e, de forma complementar, na Lei da Justiça Criminal e Ordem Pública de 1994 (*Criminal Justice and Public Order Act 1994*) e na própria Lei dos Crimes Sexuais de 2003. Registrar, permitir que se registre, armazenar, distribuir, mostrar ou publicar imagens de cunho sexual envolvendo crianças, ou, ainda, realizar anúncio ou

propaganda sugerindo a possibilidade de veicular tais imagens, são condutas criminalizadas no Reino Unido.

Nota-se, por consequência, que, em que pese a existência de divergências procedimentais fruto da própria distinção entre os sistemas jurídicos adotados em cada país, há, materialmente, fortes semelhanças tangentes à escolha, pelo legislador penal, das condutas a serem vedadas em prol da preservação da integridade e dignidade sexual das crianças e menores de idade em geral. Tais similitudes, portanto, permitem que os programas de tratamento para pedófilos oferecidos no Reino Unido com o objetivo de coibir a prática de crimes sexuais contra menores sejam invocados para corroborar a alegação no sentido de que, caso se queira combater de forma efetiva os crimes sexuais contra vulneráveis, a oferta de projetos dessa natureza no Brasil deve ser urgentemente ampliada.

5.3.1 Stop SO

Criada em 2012 com o objetivo de combater a prática de crimes sexuais contra crianças no Reino Unido, a StopSO é uma organização não governamental destinada ao oferecimento de tratamento a potenciais criminosos sexuais – categoria na qual se inserem os pedófilos que, apesar de sentirem atração sexual por crianças, não chegaram ao ponto de cometer um crime sexual –, criminosos sexuais – categoria a que pertencem pedófilos que, em decorrência de sua inclinação sexual, incorreram na prática criminosa contra uma criança –, respectivas famílias e, nos casos cabíveis, respectivas vítimas.

Por meio de um processo de seleção próprio, a StopSO elege os profissionais – psicólogos, psicoterapeutas e médicos – aptos a lidar com as demandas particulares de cada indivíduo e, sob demanda, encaminha os interessados em se submeter a tratamento ao profissional mais próximo. O treinamento específico para terapeutas também é oferecido pela organização, que disponibiliza, ainda, em benefício de seus pacientes, terapia individual para o criminoso ou potencial criminoso, terapia individual para o parceiro do criminoso ou potencial criminoso, terapia de casal e redes de apoio virtuais para os pacientes e para as respectivas famílias.

Diferentemente de programas de tratamento como o Projeto de Prevenção Dunkelfeld (PPD), que conta com suporte do governo local, a StopSO não recebe qualquer apoio financeiro do governo do Reino Unido e é mantida exclusivamente por meio de doações. Tal circunstância obsta, inclusive, que o tratamento ofertado seja gratuito, de modo que, atualmente, os interessados em se tornar pacientes precisam arcar com os custos envolvidos no processo.

Esse cenário motivou a StopSO a realizar, em 2018, um ato público de protesto para denunciar que a ausência de financiamento estava prejudicando a oferta de tratamento e, como consequência, impedindo que mais crianças fossem contempladas pela proteção que o programa ajuda a proporcionar. Na oportunidade, o presidente da StopSO informou que cerca de 20% das pessoas que manifestaram interesse no programa acabavam sendo recusadas por falta de verba. Ele ainda ressaltou que os custos de investigar um crime, processar um indivíduo e mantê-lo sob custódia do Estado correspondem a aproximadamente £65.000 (sessenta e cinco mil libras esterlinas), enquanto os custos do oferecimento de tratamento preventivo não ultrapassam £2.000 (duas mil libras esterlinas). Ou seja, o financiamento de programas de tratamento preventivo de crimes sexuais exige, em comparação ao procedimento a ser adotado a partir da prática de um delito sexual, investimentos menores, quantitativa e qualitativamente. Além disso, ações preventivas são mais benéficas, na medida em que se destinam a reduzir o número de crianças que são vítimas de crimes sexuais.

O problema de ordem financeira enfrentado pela StopSO e os respectivos impactos evidenciam que, para que o objetivo de derrubar os números relativos à incidência de crimes sexuais contra vulneráveis possa ser atingido, não é suficiente a formação de uma rede de profissionais capacitados para realizar intervenções psicoterapêuticas e/ou farmacológicas. Faz-se necessário também que tal tratamento seja amplamente acessível a todos os que dele necessitarem, sob pena de seu potencial permanecer subutilizado, como se verifica no Reino Unido.

No que diz respeito aos resultados objetivos, nota-se que, enquanto o Projeto de Prevenção Dunkelfeld (PPD) foi objeto de pesquisas especificamente destinadas à aferição de sua eficácia na redução da incidência de crimes sexuais contra menores, o mesmo não se pode ser dito em relação à StopSO, cujos pacientes não foram avaliados em momentos distintos do tratamento para posterior análise comparativa dos resultados. Assim, não há como afirmar, com rigor científico, que a abordagem proposta pela StopSO contribui para a prevenção dos crimes sexuais contra crianças.

Ainda que haja, na página eletrônica da organização, alguns relatos de pedófilos e de familiares de pedófilos, eles não versam sobre as respectivas experiências particulares com a StopSO, mas sim sobre a importância da busca por auxílio e tratamento profissional de forma genérica. Ademais, consta da página o relato pessoal, datado de 2016, de um pedófilo que, após se submeter a sessões de terapia, afirmou ter sido efetivamente curado e transferido toda a sua atração sexual por crianças para mulheres adultas, não obstante exista um consenso na ciência no sentido de que, ao menos até o momento, não há cura para a pedofilia. Tal afirmação não

somente enfraquece a credibilidade do relato, mas também de toda a organização, que, ao veicular tal declaração, acaba alimentando expectativas de cura que não podem ser alcançadas.

Destaca-se, ainda, que Dymond e Duff (2020, p. 13), ao realizarem um estudo com três homens britânicos pedófilos que afirmaram que nunca mantiveram qualquer contato sexual com crianças, constataram que um deles havia recorrido à ajuda oferecida pela StopSO, mas criticou a dificuldade de acesso ao serviço e os elevados custos envolvidos:

O subtema “inacessibilidade” reflete fatores que dificultam a busca de apoio. Os participantes identificaram duas barreiras proeminentes no acesso a serviços no Reino Unido; conhecimento e finanças. P2, que recebeu intervenção terapêutica do ‘StopSO’ enfatizou a dificuldade que ele experimentou em encontrá-lo: “Passei muito tempo tentando procurá-los, mas não os encontrei” [...] P2 cessou a intervenção terapêutica devido ao custo, “encontrei minha terapeuta através do ‘StopSO’, o que foi útil, o problema é que eu não tenho condições de pagar para voltar a me consultar com ela.”⁷⁷

Diante disso, nota-se que o ato público de protesto realizado em 2018 pela StopSO para pleitear investimentos do governo realmente teve sua razão de ser. A escassez de recursos com que a organização conta obsta o oferecimento de tratamento gratuito e o investimento em propagandas destinadas a atingir o público-alvo a fim de captar novos pacientes, afetando diretamente os potenciais criminosos sexuais que necessitam de orientação profissional para trabalhar sua capacidade de manter desejos e impulsos pedofílicos sob controle.

Reitera-se, nesse sentido, que iniciativas que busquem prevenir a ocorrência de crimes sexuais contra menores somente serão eficazes se não somente os métodos de tratamento empregados forem adequados e cientificamente embasados, mas também a divulgação de sua existência for ampla e os serviços forem efetivamente acessíveis. Uma vez que é de interesse de toda a coletividade que potenciais criminosos sexuais sejam tratados antes de chegarem ao ponto de cometer um crime, não se pode tolerar que o tratamento seja condicionado à capacidade socioeconômica do indivíduo, deixando à mercê dos próprios desejos os hipossuficientes.

5.4 Brasil

⁷⁷ “The subtheme ‘inaccessibility’ reflects factors which render support difficult to pursue. Participants identified two prominent barriers when accessing services in the UK; awareness and finance. P2, who has received therapeutic intervention from ‘StopSO’ emphasised the difficulty he experienced in finding it, “I spent a lot of time trying to search for them but I didn’t find them” (...) P2 ceased therapeutic intervention due to the cost, “I found my therapist through ‘StopSO’ which is, which was helpful, uhm problem is I can’t afford to go back to her”.

Não obstante somente tenham sido mencionados e descritos, até o momento, programas de tratamento da pedofilia e de combate aos crimes sexuais contra menores existentes na Europa e na América do Norte, isso não significa que a implantação de projetos similares no Brasil seja utópica. Na realidade, já existe, no país, uma iniciativa destinada a indivíduos pedófilos, dentre outros, que oferece recursos para que desejos e comportamentos sexuais atípicos sejam suprimidos.

Diante dessa notícia, cumpre avaliar se o programa, denominado “ABS_{ex}”, tem comportado a demanda por auxílio profissional a indivíduos parafilicos existente no país e contribuído para a redução da ocorrência de crimes sexuais contra crianças e pré-adolescentes por meio do emprego das abordagens adequadas. A partir disso, deve-se aferir a necessidade de modificar aspectos de seu modo de funcionamento de molde a potencializar seus resultados ou mesmo verificar a viabilidade de se ampliar sua extensão.

5.4.1 ABS_{ex}

O Ambulatório de Transtornos de Sexualidade da Faculdade de Medicina do ABC, em Santo André, no Estado de São Paulo, oferece, desde 2003, o serviço denominado ABS_{ex}, que consiste na oferta de tratamento a pessoas que sofrem de transtornos e distúrbios de ordem sexual, inclusive pedófilos que manifestem, espontaneamente, vontade de se submeter às abordagens de controle do desejo e comportamento sexuais (COELHO, 2019).

Na esteira do que se propõe no presente trabalho, o ABS_{ex} funciona de forma completamente independente do sistema judiciário, ou seja, a adesão ao tratamento oferecido no ambulatório é totalmente voluntária, não sendo possível o encaminhamento de pacientes ao local por força de decisão judicial (DECLERCQ, 2019).

De acordo com Baltieri, médico psiquiatra responsável pela iniciativa, o tratamento – que é totalmente gratuito e conduzido por médicos e residentes da Faculdade de Medicina do ABC – é realizado por meio de terapia em grupo, diário comportamental, presença da família do paciente e, quando necessário (e mediante requisição do paciente e assinatura de termo de consentimento) remédios cuja natureza e dosagem podem variar de acordo com as necessidades individuais. Os principais objetivos visados com esses métodos são o controle das fantasias e comportamentos parafilicos, a coibição da reincidência e melhora da qualidade de vida do paciente (COELHO, 2019).

Nesse sentido, conforme descreve Declercq (2019, s.p.), que entrevistou o psiquiatra a respeito da iniciativa:

A hormonoterapia ainda é uma possibilidade — no entanto, são administradas doses bem mais baixas do que alguns imaginam—, mas a maioria ingere alguns tipos de antidepressivo para diminuir a libido. Se o paciente chegar via ABSex, ele é obrigado a participar de terapia em grupo (que contam com, no máximo, 12 pessoas), acompanhado por dois profissionais. O monitoramento, conta Baltieri, é essencial para evitar que os presentes deturpem a dinâmica e passem a fazer apologia às suas fantasias.

Deve-se ressaltar que o programa parte do pressuposto de que não é possível eliminar a inclinação sexual pedofílica, razão pela qual a estratégia empregada no tratamento é o redirecionamento do desejo sexual do paciente para pessoas adultas e capazes de consentir validamente (DECLERCQ, 2019).

Ademais, para que possa se tornar um paciente do ABSex, participar das dinâmicas e receber o tratamento proposto, o indivíduo interessado deve assinar um termo de consentimento, por meio do qual se compromete a, a partir daquele momento, não incorrer em condutas de natureza sexual em face de menores de idade, sob pena de notificação às autoridades competentes caso o episódio seja revelado durante o tratamento (DECLERCQ, 2019).

Em cerca de 30 (trinta) anos de experiência com transtornos sexuais, Baltieri já tratou mais de 2.000 (dois mil) pedófilos (MELLIS, 2019) e, em 2013, estimava-se que eram atendidas cerca de 100 (cem) pessoas por mês no ambulatório, incluindo pedófilos e portadores de outros transtornos de natureza sexual (MAYARA, 2013).

Ao final da entrevista conduzida por Declercq (2019), Baltieri afirma que enxerga seu trabalho “como uma forma de evitar que mais crianças sejam vitimadas por pedófilos” e assevera: “Você pode dar uma pena capital, mas não vai exterminar essa população. Não é 100%, mas posso falar que consigo uma redução de 15%. Parece pouco, mas não é”. Tal pensamento se encontra em consonância com todas as ideias sobre as quais se alicerçou o presente trabalho.

Não obstante não seja possível extinguir a pedofilia da sociedade – seja porque o transtorno não tem cura, seja porque nem mesmo a imposição das mais severas penas aos condenados pela prática de crimes sexuais contra menores seria capaz de exterminar a população de pedófilos – é possível lidar com a sua existência de modo a poupar a dignidade sexual da maior quantidade possível de crianças. De acordo com Baltieri, “para cada portador do transtorno pedofílico tratado voluntariamente há redução de cerca de uma a três crianças sexualmente abusadas ou exploradas” (FUNDAÇÃO DO ABC, 2020, s.p.). Nesse sentido, tem-se que, embora não seja possível assegurar que, graças ao tratamento oferecido no âmbito do

ABSEx, nenhuma outra criança jamais será vitimada por um pedófilo, é preciso reconhecer que qualquer criança que tenha sua inocência poupada graças à iniciativa já é suficiente para demonstrar sua relevância social.

Infelizmente, não foram encontrados e tampouco foi possível obter análises dos casos dos pacientes pedófilos atendidos no ambulatório para que se aferisse a eficácia do tratamento oferecido pelo ABSEx. Não se sabe, assim, em que pesem as estimativas fornecidas pelo coordenador do programa, Danilo Baltieri, quais são os reais impactos da iniciativa nos números de crimes sexuais praticados contra crianças e pré-adolescentes.

Ademais, a dificuldade de obtenção de informações a respeito do ABSEx, aliada à notícia de que o programa permaneceu desconhecido nos primeiros meses após sua criação,⁷⁸ sugere que a iniciativa tenha sido insuficientemente divulgada, o que também pode ter comprometido as proporções de seu impacto social.

Apesar da escassez de dados a respeito do programa, pode-se perceber que as premissas de que parte e seus objetivos estão alinhados com o que se defende no presente trabalho e as abordagens oferecidas são compatíveis com o que se investigou ser adequado aos fins visados. Isso, a princípio, é um indício de que a expansão do ABSEx a nível nacional, com a devida divulgação, por meio dos veículos de mídia, e o rigoroso acompanhamento dos resultados apresentados pelos pacientes, pode representar um importante avanço no combate aos crimes sexuais contra impúberes e pré-púberes.

⁷⁸ Conforme se extrai da notícia intitulada “Ambulatório de Sexualidade ainda é desconhecido no ABC”, divulgada no Diário do Grande ABC em 11 de maio de 2003.

CONCLUSÃO

Colocar o tema “pedofilia” em pauta e propor uma discussão em que ela seja concebida enquanto um transtorno a ser tratado, e não como uma espécie de praga a ser destruída, é uma tarefa especialmente árdua no âmbito de uma sociedade que coloca a atração sexual por crianças e pré-adolescentes no topo da lista de imoralidades a serem combatidas. A presente pesquisa, contudo, logrou demonstrar que, para que seja possível conferir proteção efetiva à dignidade sexual dos sujeitos incapazes de consentir e visualizar uma redução concreta do número de crimes sexuais contra menores, a temática não pode continuar a ser evitada em virtude do desconforto que provoca.

Compreender a pedofilia e desconstruir o estigma a ela associado, na forma abordada nos primeiros capítulos, são os primeiros passos necessários para que a questão da violência sexual decorrente da parafilia possa ser adequadamente debatida e políticas públicas eficientes possam ser elaboradas. Durante a confecção da presente pesquisa, infelizmente, restou claro que nem mesmo no meio científico a diferença entre a pedofilia e os crimes sexuais cometidos contra crianças e pré-adolescentes é devidamente compreendida e levada em consideração. Ao pesquisar estudos empíricos sobre a pedofilia e seus portadores, não raro foram encontradas pesquisas baseadas em indivíduos condenados pela prática de crimes sexuais contra menores, sem que tenham sido utilizados os critérios descritos na literatura especializada para diferenciar pedófilos e não-pedófilos. Não há como duvidar de que tais estudos, não obstante se proponham a testar hipóteses e fornecer dados sobre a pedofilia e os pedófilos, não são capazes de oferecer informações realmente confiáveis, uma vez que, como demonstrado, existem diversos fatores além da pedofilia que podem conduzir ao cometimento dessas infrações.

Assim, pesquisas que se proponham a expor dados a respeito da pedofilia e dos pedófilos devem se certificar de que estão diferenciando de forma adequada as pessoas que realmente possuem o transtorno das pessoas que, motivadas por outros aspectos, acabam mantendo contato sexual com crianças. A consideração de tal distinção no meio científico é de singular importância para que os resultados obtidos a partir de estudos e investigações sejam dotados de credibilidade e possam ser utilizados de forma segura.

A investigação da pedofilia e dos pedófilos propriamente ditos, contudo, encontra obstáculos no próprio estigma associado ao transtorno, que, muitas vezes, impede pessoas que estão fora do radar das autoridades públicas – ou seja, que não estão sendo processadas e não se encontram encarceradas – de se assumirem como pedófilas e de contribuir para as pesquisas sobre o tema. O receio que os indivíduos parafilicos possuem de se assumir diante de terceiros

– seja pela possibilidade de serem tratados com hostilidade, seja pela possibilidade de virem a ser investigados e punidos criminalmente – acaba contribuindo para que muitas informações sobre a pedofilia (sobretudo dados epidemiológicos) sejam imprecisas.

Ademais, o estigma associado à pedofilia pode levar muitos indivíduos portadores do transtorno a mentir quando são avaliados no bojo de algum estudo científico. Com receio de serem considerados ameaçadores e ansiando serem considerados normais, os pedófilos podem fornecer informações inverídicas que minimizem os sintomas que realmente apresentam, o que se revela especialmente problemático em pesquisas cujos resultados se baseiam no autorrelato.

Acredita-se, todavia, que a superação de tal estigma, com a assimilação de que nem todo pedófilo já praticou ou irá praticar crimes sexuais contra crianças e adolescentes, seja a porta de entrada para a possibilidade de obtenção de informações mais precisas, seguras e amplas, mormente em relação aos pedófilos não-ofensores, cuja investigação poderia ser de singular utilidade para a elaboração de programas de tratamento efetivos.

Deve-se ressaltar, nesse sentido, que o alcance dos objetivos visados a partir da implantação de um programa de tratamento para a pedofilia depende, também, do rigoroso acompanhamento de seus participantes, com aferição dos efeitos das abordagens utilizadas para que se possa, periodicamente, reavaliar a necessidade de mudanças e adaptações. Não obstante tenham sido encontradas diversas iniciativas, em múltiplos países, destinadas a oferecer algum tipo de auxílio terapêutico profissional a pedófilos, somente os pesquisadores do Projeto de Prevenção Dunkelfeld (PPD), na Alemanha, dedicaram-se a coletar e analisar os resultados alcançados e a aferir a eficácia do projeto. Contudo, mesmo nesse caso, a amostragem de indivíduos tratados considerada foi reduzida e não houve especificação do tratamento, particularmente medicamentoso, recebido por cada um, o que inquestionavelmente prejudica a interpretação dos resultados apresentados e as conclusões extraídas.

Por essa razão, não foi possível encontrar um programa de tratamento considerado ideal e que tenha tido sua plena eficácia atestada a partir do emprego de critérios científicos rigorosos, de modo a poder ser implantado ou expandido no Brasil e, com segurança, apresentar resultados satisfatórios. Entretanto, a partir do conteúdo do terceiro e quarto capítulos do presente trabalho, pode-se traçar algumas diretrizes e propostas relevantes a serem consideradas no que tange ao tratamento da pedofilia como ferramenta de combate aos crimes sexuais contra impúberes e pré-púberes.

Inicialmente, cumpre consignar que, ainda que não se tenha evidências concretas e inquestionáveis de que um tratamento profissional para a pedofilia seja eficaz o suficiente para provocar uma queda vertiginosa dos números de crimes sexuais em face de menores, sua oferta

se justifica pela expressiva quantidade de pessoas que procuram os programas existentes interessadas na obtenção de ajuda para controlar os sintomas de sua parafilia, ainda que não cheguem a efetivamente participar das iniciativas. Dados extraídos do Projeto de Prevenção Dunkelfeld (PPD) e dos programas *Virtuous Pedophiles* e ABSex demonstraram que a demanda de portadores da pedofilia por auxílio profissional é real e que a ampla divulgação dos programas, por meio de diversos veículos de mídia, é um meio eficaz de alcançar o público-alvo e atrair novos pacientes.

Tem-se, ainda, que a ampla divulgação do programa de tratamento, de modo a atrair a maior quantidade possível de pessoas sexualmente atraídas por menores, somente se justifica no âmbito de um programa de adesão voluntária. O tratamento, nesse sentido, apenas deve ser administrado àqueles que espontaneamente o procurem e manifestem o desejo de se submeter aos métodos terapêuticos empregados, demonstrando disposição interna à mudança. Não se pode admitir que sua administração dependa de condenação criminal anterior, tampouco que seja realizada qualquer tipo de manipulação da vontade do potencial paciente.

Faz-se também indispensável que o tratamento seja acessível a todos, ou seja, que ele oferecido de forma ampla e gratuita. Os trabalhos resultantes da análise do Projeto de Prevenção Dunkelfeld (PPD) apontaram que a distância entre o local em que era oferecido o tratamento e o local de residência dos interessados foi um obstáculo à adesão de alguns ao programa, enquanto informações concernentes ao *Stop SO* revelaram que muitos interessados não puderam participar da iniciativa em razão da impossibilidade de arcar com os custos envolvidos.

Conseqüentemente, o ideal é que o programa de tratamento seja implantado em diversos locais situados estrategicamente em múltiplas regiões do país para que, independentemente do local de residência do interessado, ele tenha a possibilidade de se deslocar com facilidade até um dos pontos de oferecimento. No que concerne aos custos, sendo a pedofilia um problema de saúde pública, recomenda-se que o tratamento seja oferecido por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) como forma de assegurar que a situação financeira dos interessados não limite seu acesso à terapia ofertada.

Nesse sentido, é válido trazer à exposição o projeto de indicação número 130 de 2019, de autoria do deputado estadual do Pará, Renato Ogawa, que “dispõe sobre a criação do programa de acompanhamento, por equipe multidisciplinar, aos cidadãos portadores da patologia definida como pedofilia no âmbito do estado do Pará, e dá outras providências”.

O projeto, na esteira do que se defende na presente dissertação, prevê a criação de uma política de prevenção à prática do crime de estupro de vulnerável por portadores da pedofilia, sendo a política de adesão voluntária e voltada a pedófilos que tenham ou não cometido delitos

sexuais contra menores previstos no *Código Penal* e no *Estatuto da Criança e do Adolescente*. O projeto prevê, ainda, que a equipe multidisciplinar a realizar o acompanhamento dos indivíduos parafilicos deve ser composta por médico, psicólogo, psiquiatra e assistente social.

Não obstante o documento disponha sobre a criação do programa de acompanhamento apenas no estado do Pará, é essencial que ele esteja disponível em múltiplos pontos do país, tratando-se, portanto, de uma política a nível nacional.

Quanto às estratégias utilizadas para tratar a pedofilia no âmbito do programa, propõe-se que, em consonância com o que consta do terceiro capítulo, sejam empregados métodos psicoterapêuticos e, simultaneamente, de acordo com as necessidades individuais do paciente, métodos farmacológicos. Inicialmente, após o primeiro contato do potencial paciente com o programa, sugere-se que seja realizada uma investigação para aferir a intensidade dos desejos e fantasias experimentados, bem como o nível de controle que ele é capaz de exercer sobre seus impulsos. Para tanto, além do autorrelato (que pode ser obtido por meio de questionários, formulários *etc.*), é válida a utilização, mediante consentimento expresso do paciente, de meios alternativos, tais como a análise do histórico de comportamento sexual e a realização do procedimento de tempo de visualização.

A partir dos resultados de tal investigação, recomenda-se a utilização do algoritmo apresentado por Thibaut *et al.* (2010) no terceiro capítulo, que distingue 6 (seis) diferentes protocolos de tratamento das parafilias de acordo com a intensidade de sua manifestação e os objetivos a serem atingidos, sendo que o primeiro nível prevê apenas a submissão à psicoterapia, enquanto o sexto nível prevê, também, a ampla utilização de medicamentos.

No que tange à psicoterapia, a partir dos estudos apresentados no decorrer do presente trabalho, acredita-se que resultados mais satisfatórios possam ser obtidos por meio de sua realização em grupos, cujos debates devem ser conduzidos e mediados por profissionais que, conforme Marshall *et al.* (2003), sejam empáticos e acolhedores, capazes de construir laços de confiança e proporcionar esperança aos pacientes, bem como incentivar a participação ativa deles nos encontros.

Por outro lado, o tratamento farmacológico deve ser definido individualmente, de acordo com o que se revelar mais adequado e eficaz para suprimir os desejos pedofílicos do paciente. Nesse sentido, tem-se que, não obstante os medicamentos mais frequentemente utilizados para controle das parafilias no Brasil sejam os antidepressivos, em especial os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (LUCENA; ABDO, 2014), entende-se que o uso de substâncias antiandrogênicas e de substâncias análogas aos hormônios liberadores de gonadotrofina não deve ser descartado, tendo em vista a existência de estudos atestando sua

eficácia para fins de controle de impulsos e fantasias sexuais. Muito embora se reconheça a severidade dos efeitos colaterais que podem ser provocados por esses medicamentos, não se deve negar sua administração aos pacientes que, devidamente cientes das possíveis consequências de seu uso, optem por incluí-los em seu plano de tratamento. Com efeito, o sentimento de angústia experimentado em decorrência dos impulsos pedofílicos descontrolados pode ser mais prejudicial ao indivíduo que os efeitos colaterais decorrentes dos fármacos, razão pela qual a ele deve ser conferido o direito de optar pelo que for lhe causar sofrimento menos intenso.

Por fim, cumpre ressaltar a importância dos profissionais atuantes no programa manterem registros pormenorizados e atualizados sobre os sintomas da pedofilia experimentados pelos pacientes ao longo do tratamento, de modo a permitir a aferição da eficácia dos métodos utilizados e a eventual necessidade de adaptações. Recomenda-se, para tanto, o emprego do autorrelato concomitantemente a outro meio, como a análise do histórico de comportamento sexual e a realização do procedimento de tempo de visualização, tal como efetuado quando do primeiro contato do paciente com o programa.

Tais registros, evidentemente, deverão ter sua absoluta confidencialidade assegurada, não se admitindo sua exposição ou utilização em prejuízo do paciente em eventual processo criminal em trâmite contra ele. Isso porque a possibilidade de ter seus prontuários divulgados e de as respectivas informações servirem de fundamento para o agravamento de sua situação jurídico-processual seria, certamente, um forte desestímulo à procura por tratamento pelos pedófilos.

Espera-se que, a partir da implantação concreta das propostas apresentadas, seja possível efetivamente reduzir a população de pedófilos que, por falta de tratamento adequado, ficam reféns de seus impulsos, fantasias e desejos pedofílicos descontrolados e, assim, acabam cometendo algum crime sexual contra crianças ou pré-adolescentes. Objetiva-se proporcionar o controle, pelos pedófilos, da própria parafilia, de modo que, ainda que sua inclinação sexual atípica não desapareça, ela não se materialize no mundo externo por meio de condutas delituosas.

Espera-se, ainda, que os dados obtidos a partir dos registros mantidos pelos profissionais do programa se prestem a evidenciar a importância da expansão de iniciativas dessa natureza ao redor de todo o mundo, contribuindo para que a verificada escassez de informações a esse respeito não se perpetue.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer**: o poder soberano e a vida nua. Trad. Henrique Burigo. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

ALEXANDER, Malcolm *et al.* Controversies in treatment: should a sexual offender be allowed castration?. **BMJ: British Medical Journal**, v. 307, n. 6907, p. 790, 1993.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARÁ. **Projeto de Indicação nº 130 de 2019**. Dispõe sobre a criação do programa de acompanhamento, por equipe multidisciplinar, aos cidadãos portadores da patologia definida como pedofilia no âmbito do estado do Pará e dá outras providências. Disponível em: <https://downloads.alpara.com.br/Projeto/9814.PDF>. Acesso em 20 mai. 2022.

AMBULATÓRIO do ABC realiza “castração química” de pedófilos. **O Estadão de São Paulo**, 26 out. 2007. Disponível em: <https://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,ambulatorio-do-abc-realiza-castracao-quimica-de-pedofilos,65397>. Acesso em: 17 mar. 2022.

APA. **Dictionary of psychology**. Disponível em: <https://dictionary.apa.org/>. Acesso em: 14 mai. 2021.

ARIÈS, Philippe. **História social da infância e da família**. Trad. D. Flaksman. Rio de Janeiro: LCT, 1978.

AZAMBUJA, Maria Regina Fay. **Violência sexual intrafamiliar**: é possível proteger a criança?. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

B4U – ACT. **Living in truth and dignity**. 2011. Disponível em: <http://www.b4uact.org>. Acesso em: 18 fev. 2022.

B4U – ACT. **Living in truth and dignity**: youth, suicidality and seeking care. 2011. Disponível em: <http://www.b4uact.org/eseach/survey-results/youth-suicidality-and-seeking-care/>. Acesso em: 18 mar. 2022.

BALTIERI, Danilo. O ‘manual para pedófilos’ encontrado no computador de um médico no Brasil que surpreendeu a polícia. **BBC Brasil**, 11 abr. 2019. Disponível em: <https://danilobaltieri.com.br/o-documento-de-170-paginas-em-ingles-e-de-autoria-nao-identificada-mas-tem-titulo-direto-e-conteudo-desconcertante/>. Acesso em: 18 mar. 2022.

BALTIERI, Danilo. Pedofilia como transtorno comportamental psiquiátrico crônico e transtornos comportamentais assemelhados. **Brasília méd**, v. 50, n. 2, pp. 122-131, 2013.

BARBOSA, Maria Raquel; MENA MATOS, Paula; COSTA, Maria Emília. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, 2011.

BEECH, Anthony; FORDHAM, Ann Scott. Therapeutic climate of sexual offender treatment programs. **Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment**, v. 9, n. 3, pp. 219-237, 1997.

BEIER, Klaus M. *et al.* Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: first results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). **Child Abuse and Neglect: the International Journal**, v. 33, n. 8, p. 545, 2009.

BEIER, Klaus M. *et al.* The German Dunkelfeld Project: a pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. **The journal of sexual medicine**, v. 12, n. 2, pp. 529-542, 2015.

BEIER, Klaus M. *et al.* The Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). **Pedophilia, hebephilia and sexual offending against children: The Berlin Dissexuality Therapy (BEDIT)**, p. 43, 2021.

BEIER, Klaus M. Preventing child sexual abuse: The Prevention Project Dunkelfeld. **The journal of sexual medicine**, v. 15, n. 8, pp. 1065-1066, 2018.

BEIER, Klaus M. Proactive strategies to prevent child sexual abuse and the use of child abuse images: The German Dunkelfeld-Project for Adults (PPD) and Juveniles (PPJ). **Sexual violence**, pp. 249-272, 2016.

BENNUN, Ian *et al.* Therapist's and client's perceptions in behavior therapy: the development and cross-cultural analysis of an assessment instrument. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 25, n. 4, pp. 275-283, 1986.

BERLIN F.S.; MEINECKE C.F. Treatment of sex offenders with antiandrogenic medication: conceptualization, review of treatment modalities, and preliminary findings. **Am J Psychiatry**, v. 138, n. 5, pp. 601-607, 1981.

BERLIN, Fred S. Pedophilia and DSM-5: the importance of clearly defining the nature of a pedophilic disorder. **Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law**, v. 42, n. 4, 2014.

BIANCHI, Michael D. Fluoxetine treatment of exhibitionism. **The American journal of psychiatry**, v. 147, n. 8, 1990.

BLANCHARD, Ray *et al.* Sensitivity and specificity of the phallometric test for pedophilia in nonadmitting sex offenders. **Psychological Assessment**, v. 13, n. 1, p. 118, 2001.

BLANCHARD, Ray *et al.* Self-reported head injuries before and after age 13 in pedophilic and nonpedophilic men referred for clinical assessment. **Archives of Sexual Behavior**, v. 32, n. 6, pp. 573-581, 2003.

BLANCHARD, Ray. The DSM diagnostic criteria for pedophilia. **Archives of sexual Behavior**, v. 39, n. 2, pp. 304-316, 2010.

BURNS, Jeffrey M.; SWERDLOW, Russell H. Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign. **Archives of Neurology**, v. 60, n. 3, pp. 437-440, 2003.

BRAHAMS, Diana. Voluntary chemical castration of a mental patient. **Lancet**, v. 1, n. 8, pp. 1291-1292, 1988.

BRASIL. **Relatório Final**. Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito para apurar a utilização da internet na prática de crime de “pedofilia”, bem como a relação desses crimes com o crime organizado. Brasília: Senado, 2010.

BRIERE, John; RUNTZ, Marsha. University males’ sexual interest in children: predicting potential indices of “pedophilia” in a nonforensic sample. **Child Abuse & Neglect**, v. 13, n. 1, pp. 65-75, 1989.

CANTOR, James M.; MCPHAIL, Ian V. Non-offending pedophiles. **Current Sexual Health Reports**, v. 8, n. 3, pp. 121-128, 2016.

CHOW, Eva WC; CHOY, Alberto L. Clinical characteristics and treatment response to SSRI in a female pedophile. **Archives of Sexual Behavior**, v. 31, n. 2, pp. 211-215, 2002.

COELHO, Tatiana. Pedofilia: como o tratamento feito no Brasil pode ajudar a prevenir crimes. **G1**, 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/03/13/pedofilia-como-o-tratamento-feito-no-brasil-pode-ajudar-a-prevenir-crimes.ghtml>. Acesso em: 17 mar. 2022.

COHEN, Lisa J.; GALYNKER, Igor I. Clinical features of pedophilia and implications for treatment. **Journal of Psychiatric Practice**, v. 8, n. 5, pp. 276-289, 2002.

COOPER, A. J. *et al.* A double-blind placebo controlled trial of medroxyprogesterone acetate and cyproterone acetate with seven pedophiles. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 37, n. 10, pp. 687-693, 1992.

COOPER, A. J.; CERNOVSKY, Z.; MAGNUS, R. V. The long-term use of cyproterone acetate in pedophilia: a case study. **Journal of sex & marital therapy**, v. 18, n. 4, pp. 292-302, 1992.

CORDOBA, Oscar A.; CHAPEL, James L. Medroxyprogesterone acetate antiandrogen treatment of hypersexuality in a pedophilic sex offender. **The American journal of psychiatry**, v. 140, n. 8, pp. 1036-1039, 1983.

CZERNY, J.-P.; BRIKEN, P.; BERNER, W. Antihormonal treatment of paraphilic patients in German forensic psychiatric clinics. **European Psychiatry**, v. 17, n. 2, pp. 104-106, 2002.

DE BARROS, Cristiane do Amaral. Parafilias, pedofilia e intervenções em terapia cognitivo-comportamental. **Psique**, v. 2, n. 3, pp. 78-94, 2017.

DECLERCQ, Marie. O médico e os ‘monstros’: o psiquiatra brasileiro que trata pedófilos. **TAB Uol**, 27 fev. 2021. Disponível em: <https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2021/02/27/o-medico-e-os-monstros-o-psiquiatra-brasileiro-que-trata-pedofilos.htm>. Acesso em: 18 mar. 2022.

DICKEY, R. *Case report: the management of bone demineralization associated with long-term treatment of multiple paraphilias with long-acting LHRH agonists.* *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 28, n. 3, pp. 207-210, 2002.

DYMOND, Harriet; DUFF, Simon. *Understanding the lived experience of British non-offending paedophiles.* *The Journal of Forensic Practice*, v. 22, n. 2, pp. 71-81, 2020.

ENGEL, Jannis et al. *Reduction of risk factors for pedophilic sexual offending.* *The journal of sexual medicine*, v. 15, n. 11, pp. 1629-1637, 2018.

FEDOROFF, J. Paul. *Antiandrogens vs. Serotonergic medications in the treatment of sex offenders: a preliminary compliance study.* *Canadian Journal of Human Sexuality*, v. 4, n. 2, 1995.

FERRAJOLI, Luigi. **Direito e razão: teoria do garantismo penal.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019.** 2019. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf. Acesso em: 03 mai. 2022.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1990.

FUNDAÇÃO DO ABC. *Psiquiatra da FMABC debate pedofilia em 'live' com delegada federal do RJ. 23 jul. 2020.* Fundação do ABC. Disponível em: <https://fuabc.org.br/noticias/psiquiatra-da-fmabc-debate-pedofilia-em-live-com-delegada-federal-do-rj/>. Acesso em: 11 mai 2022.

FURNISS, Tilman. *Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar, manejo, terapia e intervenção legal integrados.* Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

FREUND, Kurt; WATSON, Robin J. Assessment of the sensitivity and specificity of a phallometric test: an update of phallometric diagnosis of pedophilia. **Psychological Assessment: a Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 3, n. 2, p. 254, 1991.

FREUND, Kurt; WATSON, Robin J. The proportions of heterosexual and homosexual pedophiles among sex offenders against children: an exploratory study. **Journal of sex & marital therapy**, v. 18, n. 1, pp. 34-43, 1992.

FREUND, Kurt; WATSON, Robin; DICKEY, Robert. Does sexual abuse in childhood cause pedophilia: an exploratory study. **Archives of sexual behavior**, v. 19, n. 6, pp. 557-568, 1990.

GAGNE, Pierre. Treatment of sex offenders with medroxyprogesterone acetate. **The American journal of psychiatry**, 1981.

GARCIA, Frederico Duarte *et al.* Pharmacologic treatment of sex offenders with paraphilic disorder. **Current psychiatry reports**, v. 15, n. 5, p. 356, 2013.

GARCIA, Frederico D.; THIBAUT, Florence. Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. **Drugs**, v. 71, n. 6, pp. 771-790, 2011.

GERMAN CRIMINAL CODE. **Strafgesetzbuch – StGB**. Federal Ministry of Justice, 2019. Disponível em: https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_stgb/englisch_stgb.html#p1633. Acesso em: 14 jan. 2022.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade. Trad. Mathias Lambert, 1988.

GREEN, Arthur. H. Female sex offenders in Sexual Aggression. **U.S. Department of Justice**, pp. 195-210, 1999. Disponível em: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/female-sex-offenders-sexual-aggression-p-195-210-1999-jon-shaw-md>. Acesso em: 03 fev. 2022.

GREEN, Richard. Is pedophilia a mental disorder?. **Archives of Sexual Behavior**, v. 31, n. 6, pp. 467-471, 2002.

GREENBERG, David M. *et al.* A comparison of treatment of paraphilias with three serotonin reuptake inhibitors: a retrospective study. **Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online**, v. 24, n. 4, pp. 525-532, 1996.

GREENE, Joshua. For the law, neuroscience changes nothing and everything. *Phil. Trans. Royal Society, London. B* (2004) 359, 1775–1785.

GREENE, Joshua. From neural ‘is’ to moral ‘ought’: what are the moral implications of neuroscientific moral psychology? **Nature Reviews Neuroscience** 4, 846-850 (October 2003).

Haidt, Jonathan. The emotional dog and its rational tail. **Psychological Review**. 2001. Vol. 108. No. 4, 814-834.

HALL, Ryan CW; HALL, Richard CW. A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. In: **Mayo Clinic Proceedings**. Elsevier, pp. 457-471, 2007.

HEIM, Nikolaus; HURSCH, Carolyn J. Castration for sex offenders: treatment or punishment? A review and critique of recent European literature. **Archives of Sexual Behavior**, v. 8, n. 3, pp. 281-304, 1979.

HEPPNER, P. Paul; CLAIBORN, Charles D. Social influence research in counseling: a review and critique. **Journal of Counseling Psychology**, v. 36, n. 3, p. 365, 1989.

HOMEM troca mensagens e imagens de cunho sexual com menina de 11 anos de Osvaldo Cruz e acaba preso por pedofilia. **G1**, 04 mai. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/presidente-prudente-regiao/noticia/2021/05/04/homem-troca-mensagens-e-imagens-de-cunho-sexual-com-menina-de-11-anos-de-osvaldo-cruz-e-acaba-preso-por-pedofilia.ghtml>. Acesso em: 11 mai. 2021.

HOOGEVEEN, John; VAN DER VEER, Eveline. Intersex and gender identity disorders: side effects of pharmacotherapy on bone with long-acting gonadorelin agonist triptorelin for paraphilia. The Journal of Sexual Medicine, v. 5, n. 3, pp. 626-630, 2008.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES (11th Revision). Paraphilic disorders. The global standard for diagnostic health information. [s.d.]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2f%2f2110604642>. Acesso em: 14 mai. 2021.

ISTITUTO BECK (Terapia Cognitivo-Comportamentale). **Pedofilia**. Roma, [20--]. Disponível em: <http://www.istitutobeck.com/pedofilia.html>. Acesso em: 26 ago. 2021.

JAHNKE, Sara; IMHOFF, Roland; HOYER, Juergen. Stigmatization of people with pedophilia: two comparative surveys. **Archives of Sexual Behavior**, v. 44, n. 1, pp. 21-34, 2014.

JENNINGS, Jerry L.; SAWYER, Steven. Principles and techniques for maximizing the effectiveness of group therapy with sex offenders. **Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment**, v. 15, n. 4, pp. 251-267, 2003.

KAFKA, Martin P. Sertraline pharmacotherapy for paraphilias and paraphilia-related disorders: an open trial. **Annals of Clinical Psychiatry**, v. 6, n. 3, pp. 189-195, 1994.

KALMUS, Ellis; BEECH, Anthony Robert. Forensic assessment of sexual interest: a review. **Aggression and Violent Behavior**, v. 10, n. 2, pp. 193-217, 2005.

KRUGER, Tillmann HC; SCHIFFER, Boris. Neurocognitive and personality factors in homo- and heterosexual pedophiles and controls. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 8, n. 6, pp. 1650-1659, 2011.

LASCHET, Ursula; LASCHET, Leonhard. Antiandrogens in the treatment of sexual deviations of men. **Journal of Steroid Biochemistry**, v. 6, n. 6, pp. 821-826, 1975.

LIGHT, Stacy Anderson; HOLROYD, Suzanne. The use of medroxyprogesterone acetate for the treatment of sexually inappropriate behavior in patients with dementia. **Journal of Psychiatry & Neuroscience**, v. 31, n. 2, p. 132, 2006.

LOURO, Guacira Lopes. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. [S.l.]: Autêntica, 2018.

LOWENKRON, Laura. Abuso sexual infantil, exploração sexual de crianças, pedofilia: diferentes nomes, diferentes problemas?. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, n. 5, pp. 9-29, 2010.

LOWENKRON, Laura. **O monstro contemporâneo**. Rio de Janeiro: UFRJ/Museu Nacional, 2012.

LUCENA, Bárbara Braga de; ABDO, Carmita Helena Najjar. Transtorno parafilico: o que mudou com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5). **Diagn Tratamento**, v. 19, n. 2, pp. 94-6, 2014.

MAES, Michael. Pedophilia: a biological disorder?. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 14, n. 6, pp. 571-573, 2001.

- MALETZKY, Barry M.; STEINHAUSER, Cynthia. A 25-year follow-up of cognitive/behavioral therapy with 7.275 sexual offenders. **Behavior Modification**, v. 26, n. 2, pp. 123-147, 2002.
- MARSHALL, W. L. *et al.* Process variables in the treatment of sexual offenders: a review of the relevant literature. **Aggression and Violent Behavior**, v. 8, n. 2, pp. 205-234, 2003.
- MARTÍ, JM Farré; PÉREZ, MG Lasheras. Trastornos de la inclinación sexual. Del estigma a la clínica: las parafilias. **Tratado de Psiquiatría**, pp. 543-559, 2000.
- MARTIN, Daniel J.; GARSKE, John P.; DAVIS, M. Katherine. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 68, n. 3, p. 438, 2000.
- MATOS, Willian. Homem é preso por cometer pedofilia em chamada de vídeo no WhatsApp. **Jornal de Brasília**, 2021. Disponível em: <https://jornaldebrasil.com.br/brasilia/homem-e-preso-por-cometer-pedofilia-em-chamada-de-video-no-whatsapp/>. Acesso em: 11 mai. 2021.
- MAYARA, Claudia. Ambulatório de transtornos sexuais oferece tratamento grátis há 10 anos. **ABCDMAIOR**, 22 out. 2013. Disponível em: https://consorcioabc.sp.gov.br/imagens/noticia/ABCD%20Maior_PG%206-2.pdf. Acesso em: 11 mai. 2022.
- MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. **DSM-5**. 2013. Disponível em: http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf. Acesso em: 19 jun. 2021.
- MELLIS, Fernando. Pedofilia não tem cura, mas tem controle, afirma psiquiatra. **R7**, 14 nov. 2019. Disponível em: <https://noticias.r7.com/saude/pedofilia-nao-tem-cura-mas-tem-controle-afirma-psiquiatra-14102019>. Acesso em 11 mai. 2022.
- MENDEZ, Mario F. *et al.* Pedophilia and temporal lobe disturbances. **The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 12, n. 1, pp. 71-76, 2000.
- MERRY, P.; MUSLIHAH, Nurul; WIHASTUTI, Titin Andri. Cognitive-Behavioral Therapy in preventing residivitism in pedophilia: a systematic review. **International Journal of Science and Society**, v. 2, n. 3, pp. 86-99, 2020.
- MOKROS, Andreas; BANSE, Rainer. The “Dunkelfeld “project for self-identified pedophiles: a reappraisal of its effectiveness. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 16, n. 5, pp. 609-613, 2019.
- MURRAY, John B. Psychological profile of pedophiles and child molesters. **The Journal of Psychology**, v. 134, n. 2, pp. 211-224, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Health Organization**. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/pt>. Acesso em: 12 jan. 2021.
- PENAL CODE OF CALIFORNIA. **California Legislative Information**. California, 2022. Disponível em:

<https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codedisplayexpand.xhtml?tocCode=pen>. Acesso em: 31 mar. 2022.

PENAL CODE OF FLORIDA. **Online Sunshine**. Florida, 2021. Disponível em: http://www.leg.state.fl.us/statutes/index.cfm?App_mode=Display_Statute&URL=0900-0999/0921/0921ContentsIndex.html&StatuteYear=2021&Title=%2D%3E2021%2D%3EChapter%20921. Acesso em: 31 mar. 2022.

PENAL CODE OF TEXAS. **Texas Constitution and Statutes**. Texas, 2022. Disponível em: <https://statutes.capitol.texas.gov/?link=PE>. Acesso em: 31 mar. 2022.

PERILSTEIN, Roger D.; LIPPER, Steven; FRIEDMAN, Leonard J. Three cases of paraphilias responsive to fluoxetine treatment. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 52, n. 4, pp. 169-170, 1991.

PITHERS, William D. Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offenders' empathy for sexual abuse survivors. **Behaviour Research and Therapy**, v. 32, n. 5, pp. 565-570, 1994.

PRESIDENTE do Peru propõe castração química a estupradores. Exame, **18 abr. 2022**. Disponível em: <https://exame.com/mundo/presidente-do-peru-propoe-castracao-quimica-a-estupradores/>. Acesso em: **06 mai. 2022**.

PRESSE, France. Governo do Peru envia ao Congresso a proposta de castração química para estupradores de menores. **G1**, 20 abr. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2022/04/20/governo-do-peru-envia-ao-congresso-a-proposta-de-castracao-quimica-para-estupradores-de-menores.ghtml>. Acesso em: 06 mai. 2022.

PROTECTION OF CHILDREN ACT. U. K. **Legislation**. 1978. Disponível em: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1978/37>). Acesso em: 10 mar. 2022.

PUIG, Santiago Mir. **Introducción a las bases del Derecho Penal**: concepto y método: Bosch, Casa Editorial, 1976.

RAYMOND, Nancy C. *et al.* Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. **American Journal of Psychiatry**, v. 156, n. 5, pp. 786-788, 1999.

REIS, Alberto Olavo Advincula; ZIONI, Fabiola. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, pp. 472-477, 1993.

REISMAN, Judith A.; STRICKLAND, Geoffrey B. B4U-Act's 2011 Symposium on Pedophilia, Minor-Attracted Persons and the DSM. **Ave Maria Int'l LJ**, v. 1, p. 265, 2011.

RIOCH, David McK; STANTON, Alfred H. Milieu therapy. **Psychiatry**, v. 16, n. 1, pp. 65-72, 1953.

RODRIGUES, Herbert. **A pedofilia e suas narrativas**: uma genealogia do processo de criminalização da pedofilia no Brasil. 2014. Tese de Doutorado. São Paulo, Universidade de São Paulo, 2014.

RÖSLER, Ariel; WITZTUM, Eliezer. Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone. **New England Journal of Medicine**, v. 338, n. 7, pp. 416-422, 1998.

ROUSSEAU, Louis *et al.* Effect of combined androgen blockade with an LHRH agonist and flutamide in one severe case of male exhibitionism. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 35, n. 4, pp. 338-341, 1990.

ROXIN, C. **Derecho Penal**: parte general. Tomo I. Fundamentos. La estructura de la Teoría del Delito. Trad. Diego-Manuel Luzon Peña, Miguel Díaz y García Conlledo e Javier de Vicente Remesal. [S.l.]: Civitas, 1997.

SAMPAIO, Fabiana. Preso por pedofilia no RJ compartilhou 18 mil arquivos em 3 meses. **Radioagência Nacional**, 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/seguranca/audio/2020-11/preso-por-pedofilia-no-rj-compartilhou-18-mil-arquivos-em-3-meses>>. Acesso em: 11 mai. 2021.

SANDERSON, Christiane. **Abuso sexual em crianças**: fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais. [S.l.]: M. Books do Brasil, 2005.

SANDERSON, Christiane. **The seduction of children**: empowering parents and teachers to protect children from child sexual abuse. [S.l.]: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

SAUNDERS, Stephen M. Clients' assessment of the affective environment of the psychotherapy session: relationship to session quality and treatment effectiveness. **Journal of Clinical Psychology**, v. 55, n. 5, pp. 597-605, 1999.

SCHMIDT, Alexander F.; BABCHISHIN, Kelly M.; LEHMANN, Robert JB. A meta-analysis of viewing time measures of sexual interest in children. **Archives of Sexual Behavior**, v. 46, n. 1, pp. 287-300, 2017.

SCHOBBER, Justine M. *et al.* Leuprolide acetate suppresses pedophilic urges and arousability. **Archives of Sexual Behavior**, v. 34, n. 6, pp. 691-705, 2005.

SERAFIM, Antonio de Pádua *et al.* Perfil psicológico e comportamental de agressores sexuais de crianças. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 36, pp. 101-111, 2009.

SETO, Michael. C. **Pedophilia and sexual offending against children**: theory, assessment, and intervention. Washington: American Psychological Association, 2008.

SETO, Michael C.; CANTOR, James M.; BLANCHARD, Ray. Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. **Journal of abnormal psychology**, v. 115, n. 3, p. 610, 2006.

SEXUAL OFFENCES ACT 2003. U.K. Legislation. 2022. Disponível em: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2003/42/contents>. Acesso em: 3 mar. 2022.

SILVANI, Mauro; MONDAINI, Nicola; ZUCCHI, Alessandro. Androgen deprivation therapy (castration therapy) and pedophilia: what's new. **Archivio Italiano di Urologia e Andrologia**, v. 87, n. 3, pp. 222-226, 2015.

SPIZZIRRI, Giancarlo. Pedofilia: considerações atuais. **CEP**, v. 1060, p. 970, 2010.

STONE, T. Howard; WINSLADE, William J.; KLUGMAN, Craig M. Sex offenders, sentencing laws and pharmaceutical treatment: a prescription for failure. **Behavioral Sciences & the Law**, v. 18, n. 1, pp. 83-110, 2000.

STOPSO UK. **Trackling sexual abuse**. 2022. Disponível em: <https://stopso.org.uk>. Acesso em: 17 mar. 2022.

STUDER, Lea H.; AYLWIN, A. Scott. Pedophilia: the problem with diagnosis and limitations of CBT in treatment. **Medical hypotheses**, v. 67, n. 4, pp. 774-781, 2006.

SUÁREZ MORENO, Victor *et al.* Terapia hormonal para agresores sexuales con desórdenes parafilicos. In: **Anales de la Facultad de Medicina**. UNMSM. Facultad de Medicina, pp. 233-237, 2018.

TEMPLEMAN, Terrel L.; STINNETT, Ray D. Patterns of sexual arousal and history in a "normal" sample of young men. **Archives of Sexual Behavior**, v. 20, n. 2, pp. 137-150, 1991.
TENBERGEN, Gilian *et al.* The neurobiology and psychology of pedophilia: recent advances and challenges. **Frontiers in human neuroscience**, v. 9, p. 344, 2015.

THIBAUT, F.; CORDIER, B.; KUHN, J.-M. Effect of a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 87, n. 6, pp. 445-450, 1993.

THIBAUT, Florence *et al.* The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. **The World Journal of Biological Psychiatry**, v. 11, n. 4, pp. 604-655, 2010.

THOMAS, M.; ECKENRODE, J.; GARBARINO, J. Family sexual abuse. **Understanding abusive families: an ecological approach to theory and practice**. Washington: Office of Justice Programs, 1997.

TORTELLA, Tiago. Peru propõe castração química a condenados por estupro; Brasil tem projetos semelhantes. **CNN**, 18 abr. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/peru-propoe-castracao-quimica-a-condenados-por-estupro-brasil-tem-projetos-semelhantes/>. Acesso em: 06 mai. 2022.

UNICEF. Nos últimos 5 anos, 35 mil crianças e adolescentes foram mortos de forma violenta no Brasil, alertam UNICEF e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília. **UNICEF**. 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/nos-ultimos-cinco-anos-35-mil-criancas-e-adolescentes-foram-mortos-de-forma-violenta-no-brasil>. Acesso em: 03 mai. 2022.

VIANNA, Túlio. **Transparência pública, opacidade privada: o Direito como instrumento de limitação do poder na sociedade de controle**. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

VIANNA, Túlio. **Um outro direito**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

WELCOME TO VIRTUOUS PEDOPHILES. **VirPed.org**. Disponível em: <https://www.virped.org/>. Acesso em: 17 mar. 2021.

WAWROSE, Frederick E.; SISTO, Timothy M. Clomipramine and a case of exhibitionism. **The American journal of psychiatry**, v. 149, n. 6, pp. 843-893, 1992.

WIJKMAN, Miriam; BIJLEVELD, Catrien; HENDRIKS, Jan. Women don't do such things! Characteristics of female sex offenders and offender types. **Sexual Abuse**, v. 22, n. 2, pp. 135-156, 2010.

WILSON, Glenn D.; COX, David N. Personality of pedophile club members. **Personality and Individual Differences**, v. 4, n. 3, pp. 323-329, 1983.

WINSLADE, William *et al.* Castrating pedophiles convicted of sex offenses against children: new treatment or old punishment. **SMUL Rev.**, v. 51, p. 349, 1998.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. **Direito Penal Brasileiro**: primeiro volume. Teoria Geral do Direito Penal. Rio de Janeiro: Revan, 2003.